



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

정책학석사 학위논문

노인의 도구적 일상생활수행능력이
삶의 만족도에 미치는 영향
- 돌봄 유형의 조절효과 중심으로 -

2020년 8월

서울대학교 행정대학원

행정학과 정책학전공

강 태 경

국문초록

2018년 커뮤니티 케어 추진에 따라 돌봄 불평등을 완화할 수 있는 노인의 선호와 기능 상태를 반영한 공식 돌봄에 대한 중요성이 증가하였다. 기존의 연구는 돌봄 유형 선호요인과 돌봄 제공자의 만족감 혹은 부담감을 주로 다루고 있다. 공식 돌봄이 노인의 선호와 기능 상태에 따라 사용되는지와 공식 돌봄의 효과는 어떻게 되는지에 대한 연구는 부족한 상황이다.

이에 본 연구는 노인이 욕구 충족이 가능한 돌봄을 이용하는지, 아니면 환경에 의해 어쩔 수 없이 돌봄 유형을 선택하여 불형평한 이용(inequitable access)을 하고 있는지를 알아보고자 2017년도 노인실태조사를 활용하여 돌봄 유형에 의한 조절효과 즉, 장애역설효과가 나타나는지를 분석하였다. 변수 선택 및 연구모형은 Andersen의 행동모델에 따라 설정하였다.

다중회귀분석을 통해 돌봄 유형이 도구적일상생활수행능력(K-IADL)과 영역별 삶의 만족도(건강상태, 경제상태, 배우자와의 관계, 자녀와의 관계, 사회/여가/문화, 친구·지역사회와의 관계)를 조절하는지 SPSS를 이용하여 분석했다. 선행연구에 따르면 우리나라 공식 돌봄과 비공식 돌봄은 위계적 보상관계(초기에 비공식 돌봄 수급 후 공식 돌봄을 수급하여 보상함)에 있다. 이 연구결과를 반영하여 조절변수를 설정했다. 구체적으로, 비공식 돌봄(단일) 대비 혼합 돌봄(비공식 돌봄+장기요양보험서비스)을 ‘더미변수1’, 비공식 돌봄(단일) 대비 혼합 돌봄(비공식 돌봄+노인돌봄서비스)은 ‘더미변수2’로 변환하여 분석을 실시했다.

연구 결과, 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 심할수록 건강상태만족도, 경제상태만족도, 사회/여가/문화활동만족도, 친구 및 지역사회와의 관계 만족도는 유의하게 감소하였

다. 반면 배우자와의 관계 만족도는 증가했으며 자녀와의 관계 만족도는 유의한 결과가 도출되지 않았다. 이에 따라 선행연구에서 제시한 바와 같이 종합 만족도보다는 6개 영역별 삶의 만족도로 구분하여 분석하는 것이 바람직하다는 것을 알 수 있었다.

돌봄 유형의 조절효과 검증 결과, 장애역설효과(disability paradox)를 관찰할 수 있었다. 즉, 단일 비공식 돌봄 대비 혼합 돌봄(비공식 돌봄+장기요양보험서비스)가 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 심할수록 건강상태만족도에 미치는 부(-)적 영향을 완화하고 배우자와의 관계만족도에 미치는 정(+)의 영향을 강화하는 유의한 조절효과가 나타났다. 이를 통해 장기요양보험서비스는 기능저하에 따라 나타나는 노인의 건강 욕구와 배우자와의 관계 욕구를 충족하는 서비스를 제공하고 있다는 것을 알 수 있었다.

그리고 단일 비공식 돌봄 대비 혼합 돌봄(비공식 돌봄+노인돌봄서비스)의 경우 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 심할수록 배우자와의 관계만족도에 미치는 정(+)의 영향을 유의하게 축소한다는 것을 확인하였다. 따라서 노인돌봄서비스의 경우 개인의 욕구와 선호에 따른 형평한 이용이 삶의 어느 영역에서도 이루어지지 않고 있다는 것을 알 수 있었으며 이에 따라 서비스 내용을 확대하고 전문화하여 노인의 욕구를 충족할 수 있도록 개선할 필요가 있다.

본 연구는 2017년도 노인실태조사 자료를 활용하여 돌봄 서비스의 주요 대상자인 노인 본인을 대상으로 하였고, 신체적·인지적 기능 저하를 민감하게 나타낼 수 있는 도구적일상생활수행능력(K-IADL) 척도를 사용하였으며 주관적 삶의 만족도를 여섯 영역으로 나누어 분석하였다는데 의의가 있다. 그리고 위계적 보상관계에 있는 국내 돌봄 유형 관계에 대한 선행연구 결과를 반영하여

비공식 단일 돌봄 대비 혼합 돌봄을 변수로 설정하여 단일 비공식 돌봄을 수급하는 것 대비 두 종류의 공식 돌봄(장기요양보험서비스 혹은 노인돌봄서비스)를 이용할 때 기능 저하와 영역별 삶의 만족도간 조절효과를 비교 분석하였다는데 의의가 있다고 볼 수 있다.

주요어 : 돌봄 불평등, 불형평한 이용, 장애역설이론, 비공식 돌봄, 혼합 돌봄, 노인의 삶의 만족도, 도구적일상생활수행능력, 앤더슨행동모형

학 번 : 2016-24345

목 차

제 1 장 서 론	1
제 1 절 연구 배경	1
제 2 절 연구 목적	5
제 2 장 이론적 논의와 선행연구 검토	7
제 1 절 건강한 노화(Healthy Aging)	7
제 2 절 장애역설이론(Disability Paradox)	9
제 3 절 앤더슨행동모형(Behavioral Model: BM)	11
제 4 절 도구적일상생활수행능력(IADL)	12
제 5 절 삶의 만족도(Life Satisfaction)	15
제 6 절 돌봄(Caring)	19
1. 돌봄의 정의	19
2. 돌봄 유형	20
1) 돌봄 유형 분류기준 및 선호유인요인	20
2) 돌봄 유형별 특징	22
3) 돌봄의 불평등(Care inequality)	24
3. 우리나라 노인 돌봄 현황	26
1) 비공식 돌봄	26
2) 공식 돌봄	27
3) 우리나라 돌봄 유형 간의 관계	29
4) 커뮤니티 케어와 Ageing in (right) Place	31
제 3 장 연구 설계	32
제 1 절 연구모형	32
제 2 절 연구문제 및 가설	33
제 3 절 연구 자료 및 대상	36
제 4 절 변수 설정	38
1. 독립변수: 도구적일상생활수행능력(K-IADL)	38

2. 조절변수: 돌봄 유형(공식, 비공식, 혼합)	39
3. 종속변수: 영역별 삶의 만족도	40
4. 통제변수(선행요인, 가능요인, 욕구요인)	41
제 5 절 분석 방법	44
 제 4 장 분석 결과	 45
제 1 절 연구 대상자의 일반적 특성	45
1. 돌봄 유형별 특성	45
2. 돌봄 유형별 주요 비공식 돌봄 제공자 분석	47
3. 돌봄 유형별 돌봄의 충분도 분석	48
4. 도구적일상생활수행능력에 따른 돌봄을 받지 않는 이유 분석	49
제 2 절 주요 변수 분석	50
1. 도구적일상생활수행능력에 따른 영역별 삶의 만족도	50
2. 기능저하에 따른 돌봄 유형 차이분석	52
3. 돌봄 유형별 삶의 만족도 차이 검증	54
제 3 절 주요 변수 간 상관분석	57
제 4 절 연구모형 검증	59
1. 건강상태만족도	59
2. 경제상태만족도	62
3. 배우자와의 관계 만족도	64
4. 자녀와의 관계 만족도	68
5. 사회/여가/문화활동 만족도	70
6. 친구 및 지역사회와의 관계 만족도	72
 제 5 장 결 론	 74
제 1 절 연구 결과 요약	74
제 2 절 연구 제언과 한계점	78
 참 고 문 헌	 81
Abstract	90

표 목 차

표 1 일상생활수행능력 및 도구적일상생활수행능력 난이도별 분류	13
표 2 노인장기요양등급별 서비스 분류(의료, 보건, 복지)	19
표 3 돌봄 공급주체 따른 돌봄 유형구분	20
표 4 공식 돌봄 지원기준	27
표 5 응답자의 인구사회학적 특성(N=1,712)	37
표 6 독립변수 하위문항별 기술통계분석(N=1,712)	38
표 7 조절변수 하위문항별 기술통계분석(N=1,712)	40
표 8 종속변수 하위문항별 기술통계분석(N=1,712)	41
표 9 통제변수 하위문항별 기술통계분석(N=1,712)	42
표 10 주요 변수 설정	43
표 11 돌봄 유형별 연구 대상자의 일반적 특성 교차분석	45
표 12 돌봄 유형별 주요 비공식 돌봄 제공자 현황 빈도분석	47
표 13 돌봄 유형별 돌봄의 충분도 평균분석 및 교차분석	48
표 14 돌봄을 받지 않는 이유	49
표 15 도구적일상생활수행능력에 따른 영역별 삶의 만족도(평균)	50
표 16 기능저하(K-IADL, 인지)에 따른 범주별 돌봄 유형 교차분석	52
표 17 돌봄 유형별 삶의 만족도 수준 차이	56
표 18 상관분석 결과	58
표 19 건강상태만족도 돌봄 유형 조절효과 검증	60
표 20 경제상태만족도 돌봄 유형 조절효과 검증	63
표 21 배우자와의 관계 만족도 돌봄 유형 조절효과 검증	65
표 22 자녀와의 관계 만족도 돌봄 유형 조절효과 검증	68
표 23 사회/여가/문화활동 만족도 돌봄 유형 조절효과 검증	71
표 24 친구 지역사회와의 관계 만족도 돌봄 유형 조절효과 검증	72
표 25 연구가설 검증결과	77

그 립 목 차

그림 1 건강한 노화(Healthy Ageing) 모델	8
그림 2 ICF에 따른 장애(Disability) 모델	10
그림 3 Andersen의 행동모형 재구성	12
그림 4 주관적 삶의 만족도	16
그림 5 공식 돌봄 서비스 개입으로 인한 돌봄 권력 구조 변화	23
그림 6 노인장기요양보험 돌봄 제공자 현황	26
그림 7 연구모형	32
그림 8 도구적일상생활수행능력에 따른 영역별 삶의 만족도(평균)	51
그림 9 도구적일상생활수행능력 범주별 돌봄 유형 비율(%)	53
그림 10 돌봄 유형별 영역별 삶의 만족도 평균비교	54
그림 11 건강상태만족도: 상호작용효과 조절그래프	62
그림 12 배우자와의 관계 만족도: 상호작용효과 조절그래프	67

제 1 장 서 론

제 1 절 연구 배경

사람은 보편적으로 생애주기에 따라 성장, 질병, 사고, 노화 등으로 인한 불가피한 의존(inevitable dependency)을 경험한다(Engster, 2005). 이 때, 가족을 포함한 보호자 혹은 사회로부터의 돌봄을 받기도 하고 돌봄을 제공하는 책임을 수행하기도 한다. 불가피한 의존을 경험하는 시기 중에서도 본 연구는 노화로 인해 일상을 독립적으로 사는데 어려움이 있는 노년기에 초점을 맞추고자 한다.

노년기를 주체적이고 존엄하게 보내기 위해서는 노인의 개별적 선호를 반영한 돌봄을 이용하는 것이 중요하다. 하지만 성별, 소득수준, 거주지역 등 사회경제적 상황에 따라 노인에게 선택의 여지가 허용되지 않는 돌봄 불평등(care inequality)이 발생한다. 익숙한 환경에서 개별화된 돌봄 서비스를 받으며 안전하고 주체적인 존재로 살아갈 수 있도록 하는 ‘커뮤니티 케어(community care)’의 시행으로 그 어느 때 보다 노인 돌봄에 있어 돌봄 불평등을 완화할 수 있는 사회적지지체계가 중요해졌다. 돌봄 인프라가 부족한 가정 혹은 지역에서는 진정한 커뮤니티 케어가 시행될 수 없다.

전통적으로 주로 가정 내에서 여성이 돌봄의 역할을 담당했는데 최근 인구학적 요인(저출산, 고령화 등), 가치관적 요인(가족부양관 약화 등), 사회적 요인(가족규모 축소 및 해체, 여성의 사회적 위치 상승)으로 비공식 돌봄의 공급이 감소하였다. 이에 노인에 대한 돌봄 공백(care deficit)의 문제가 생겨 국가 혹은 시장이 돌봄의 역할을 일부분 수행하게 되면서 돌봄의 시장화 및 돌봄의 사회화(socialization of care)현상이 나타났다(Engster, 2005). 돌봄의 사회화 현상으로 2007 노인돌봄서비스, 2008년에는 노인장기요양보험 등이 도입되었다.

전 세계적으로 기대수명(life expectancy)의 증가로 고령사회를 앞두고 있으나 전반적으로 기대수명에 비해 건강수명(healthy life expectancy)의 증가 속도가 느리게 나타난다(Salomon et al., 2012). 이는 노년기에 돌봄을 필요로 하는 기간의 증가를 의미한다. 우리나라의 경우 기대수명과 건강수명의 차이가 1990년에는 남성 5년, 여성 9.1년이었으며 2010년에는 남성은 8.6년, 여성은 10.1년으로 나타났다. 이를 통해 노년기에 평균적으로 약 8~10년을 돌봄이 필요한 삶을 살고 있으며 노인의 돌봄이 필요한 기간은 시간이 지날수록 증가할 것이라는 것을 알 수 있다.

부양책임에 대해 가족과 정부·사회(37.1%)가 공동책임이 있다고 보는 의식이 가장 높게 나타나며 이 수치는 지속적으로 증가하고 있다(통계청, 2019). 국제사회조사(ISSP)(2012년)에 참여한 37개국과 비교했을 때에도 우리나라의 경우 노인 돌봄의 1차적 책임이 가족에 있다고 생각하는 부양책임수준이 평균보다 낮았으며 노인돌봄서비스 제공에 대해 세대 간 인식차이가 매우 크게 나타났다(정운태 외., 2016). 이에 따라 우리나라의 경우 노인의 돌봄 욕구에 비해 비공식 돌봄 자원이 시간이 갈수록 불안정해져 이를 보완할 수 있는 공식 돌봄 자원의 개입이 필요하다는 것을 알 수 있다.

돌봄 욕구가 충족되지 못한 노인들의 경우 의료적 치료의 목적이 아닌 돌봄을 위한 사회적 입원을 하고 요양병원을 전전하며 돌봄 욕구를 충족하려는 회전문 현상(revolving door phenomena)을 야기하는데 이는 불필요한 의료비용의 증가로 이어진다. 그리고 요양병원에서의 장기 입원은 근손실과 파킨슨, 치매 발병률을 높여 다시 지역으로 돌아가는 것을 불가능하게 한다(황도경 외., 2015). 이용 가능한 돌봄 자원 부족은 방임 즉, 노인의 사회적 고립(social isolation)으로 이어진다. 그리고 사회적 고립은 노인의 신체적·정신적 기능 악화, 빈곤, 만성질환 발병확률증가, 그리고 사망률 증가로 이어진다(Beach et al., 2020; Millán-Calenti et al., 2010; Yang, 2020).

돌봄(Caring)에 대한 사회적 지지체계 마련은 노인의 최소한도의 가장 기본적인 욕구 충족을 넘어 궁극적으로 노인이 지역사회에서 필수적인 일원으로 역할을 다하고 건강한 삶을 유지하게 하여 노인 개인의 삶의 질을 높이는

데 목적이 있다(Engster, 2005; WHO, 2015). 국가가 노인에 대한 적절하고 ‘좋은 돌봄’을 제공하는 것은 노인의 권리 보호의 일환이기도 하지만 추후 복지 및 의료비 지출 등으로 인한 사회적 비용 감소에 기여하며 궁극적으로는 모두가 안전하고 건강한 사회에서 살 수 있도록 한다(Engster, 2005; UN, 2002; WHO, 2019). 좋은 돌봄을 위해서는 돌봄의 사회 경제적 가치를 인식하고 복지국가를 넘어 돌봄의 책임을 민주적으로 배분하는 것에 대한 인식이 필요하다. 돌봄의 보편적 권리와 책임을 주장하는 ‘돌봄 사회(care society)’로의 발전이 필요한 것이다(Engster, 2005; 김희강, 2016; 석재은, 2018).

2025년 초고령사회 진입을 앞두고 문재인 정부는 5대 국정목표 중 하나로 ‘내 삶을 책임지는 국가’를 선정하며 돌봄의 책임주체를 국가로 명시했다(원시연, 2019). ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’ 실현을 위해 정부는 2018년 커뮤니티 케어 추진을 공식화했으며 2019년 2월 국민 삶의 질(Quality of Life) 향상을 중장기 목표로 제시한 ‘제2차 사회보장기본계획’을 발표했다. 기본 정책방향은 ‘사회보장체계의 포용성 강화’, ‘사회보장제도의 연계’, ‘지역사회중심의 통합적 서비스 이용체계 구축’이다(보건복지부, 2019b). 우리나라의 경우 2000년대 이후부터 전국단위 전달체계 개편을 통한 8대 서비스의 통합 등 꾸준한 제도적 개선을 통해 보편적이면서 전문적이고 체계적인 통합의료·보건·복지서비스를 구축하고자 했으나 여전히 서비스의 분절성 및 선별성 문제와 민간자원에 대한 의존성 문제가 제기되고 있다(김보영, 2017, 2019; 박세경, 2020).

성공적인 지역사회 통합 돌봄을 위해서는 노인, 그의 가족, 정부, 비영리 기관 등 다양한 주체들의 협력과 사회서비스의 충분성, 포괄성, 돌봄의 연속성(continuum of care)이 만족되어야 한다(UN, 2002). 사람의 권리를 보장하는 사회정책이 증가할수록 그들의 삶의 만족도가 증가하지만 서비스의 양적 증가만이 해결책이 될 수 없다(Pacek et al., 2017). 삶의 만족도 향상을 위해서는 개별 사회보장정책 혹은 서비스의 양적 증가 뿐 아니라 대상자의 기술적(instrumental), 관계적(relational) 욕구에 부합하는 적절한 돌봄(appropriateness of care)이 제공되어야 한다(Vaarama, 2009). 또한 노인복지정책의 궁극적 목적은 성공적 노화가 개인차원에서 가능하게 하는 것이기

에 정책은 생산적이고 탄력적이며 지속가능해야한다(Rowe et al., 2015)

종합하자면 노인이 평균 8-10년간의 기간 동안 일상생활을 주체적이고 존엄한 삶을 살기 위해서는 도움이 필요하다. 커뮤니티 케어가 표방하는 신체적으로 의존적이지만 주체적이고 존엄한 삶을 위한 돌봄에서 필수 조건은 노인이 스스로 원하는 삶에 맞는 돌봄을 선택할 수 있는 기회 제공이다. 그런데 선행연구에 의하면 선호나 기능 상태에 적합한 돌봄보다는 개인의 성별, 소득, 거주 지역 등으로 인해 선택의 기회가 주어지지 않는 돌봄의 불평등이 나타날 가능성이 높은 것으로 나타났다.

커뮤니티 케어 시행에 따라 돌봄 불평등을 완화할 수 있는 노인의 선호와 기능 상태를 반영한 공식 돌봄에 대한 중요성이 증가하였으나 기존 연구는 주로 돌봄 유형 선호 요인 분석과 돌봄 제공자의 만족감 혹은 심적 부담감을 다루고 있으며 공식 돌봄이 노인의 선호와 기능 상태에 따라 이루어지는 형평한 이용인지 그의 효과는 어떻게 되는지에 대한 연구는 부족한 상황이다. 이에 따라 본 연구는 공식 돌봄 이용이 노인 개인의 선호와 기능상태가 반영된 형평한 이용이 이루어지고 있는지에 대해서 분석하고자 한다. 그리고 노인돌봄 서비스의 경우 2020년부터 맞춤형서비스로 변경되면서 향후 비교 연구에도 쓰일 수 있을 것이라고 기대한다.

제 2 절 연구 목적

본 연구는 증가하는 노인돌봄욕구를 공식 돌봄이 적절히 보완하고 있는지를 2017년 노인실태조사 자료를 이용하여 분석하고자 한다. 선행연구는 주로 돌봄 제공자의 만족도와 부양부담감에 초점을 맞추어 돌봄 대상자인 노인의 의사를 간과하는 경향이 있다. 이에 우리나라 노인돌봄서비스가 개별 노인의 기능 상태와 선호를 반영하여 그 목적인 ‘노인’의 삶의 질을 향상시키는 서비스인지 아니면 공급자 중심적인 제공으로 노인의 기능 상태와 선호를 반영하지 못한 불형평한 이용이 나타나는지 즉, 장애역설효과(Disability Paradox)가 나타나는지를 Andersen의 행동모델(Behavioral Model: BM)을 통해 분석하여 확인하고자 한다.

Andersen의 행동모델(Behavioral Model: BM)은 돌봄 서비스 이용과 그 효과를 분석하는데 유용한 모델이다. Andersen (1995)은 개인이 그들이 살아가는 환경, 국가정책 등을 모두 고려하여 최적의 선택을 하는데 개인의 특성이 아닌 사회구조 등 환경적 요소로 인해 제공되는 서비스가 결정될 때 불형평한 이용(inequitable access)이 발생한다고 설명한다. 이 때 피할 수 있는(avoidable) 불평등을 불형평(inequity)라고 한다. 이에 따라 형평한 이용에 반영되어야하는 가장 중요한 요소를 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하정도로 설정하고 이용하는 돌봄 유형을 조절변수로 설정하는 것 이외의 환경적 요소를 통제한 후 삶의 만족도를 확인하고자 한다.

Albrecht et al. (1999)에 의해 제시된 장애역설이론(Disability Paradox)에 따르면 불가피한 의존이 시작될 때 가족, 지역, 국가로부터의 적절한 사회적 지지(social support)를 받게 되면 노화로 인한 신체적·정신적 기능손상이 삶의 질에 미치는 부정적인 영향이 약화된다. 생물학적 신체적·정신적 기능저하를 필연적으로 경험할 수밖에 없는 노인에게 돌봄과 같이 적절한 사회적 지지체계가 삶의 질을 상승하는 매우 중요한 요소인 것이다. 따라서 노인의 선호를 반영한 적절한 돌봄이 제공된다면 신체적·정신적 기능저하가 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향이 완화되는 조절효과 즉, 장애역설(Disability

Paradox)현상이 나타날 것이라는 가설을 세웠다.

우리나라 돌봄 정책은 중증빈곤노인에 초점이 맞춰져 있는데 최근 커뮤니티 케어 관련 정책 시행으로 경증 노인으로 보장을 확대할 필요가 있어졌다. 기능저하를 측정하는 하나의 척도인 도구적일상생활수행능력(IADL)은 노인의 신체적 기능저하 뿐만 아니라 일상생활을 가능하게 하는 기능 감소를 보다 민감하게 반영하여 노인의 주체적이고 존엄한 삶을 측정할 수 있을 것이라고 기대할 수 있다. 따라서 기능저하를 설명하는 독립변수로 도구적일상생활수행능력(IADL)을 설정하였으며 이에 주관적 반응으로 6개 영역별 삶의 만족도를 종속변수로 설정하였다.

선행연구에 따르면 우리나라 돌봄 유형 간의 관계는 초기에 가장 이용이 용이한 비공식 돌봄을 받고 이후 기능저하에 따라 추가적으로 공식 돌봄을 이용하여 기능저하정도를 보상하는 위계적 보상관계에 있다(함선유 외., 2017). 전문 인력에 의해 제공되는 공식 돌봄은 비공식 돌봄 제공자의 돌봄의 부담감을 경감하고 기능저하에 따라 발생하는 욕구에 적합하다. 또한 교육받은 전문 인력에 의해 제공되기 때문에 질적으로 향상된 서비스를 제공하여 기능저하가 진행될수록 공식 돌봄과 비공식 돌봄을 함께 받는 혼합 돌봄이 이상적이라고 할 수 있다. 그러므로 비공식 돌봄만 받는 경우와 전문적 돌봄인 공식 돌봄을 함께 받는 경우를 비교할 수 있도록 조절변수를 더미 변수로 변환하여 분석하고자 한다.

제 2 장 이론적 논의와 선행연구 검토

제 1 절 건강한 노화(Healthy Aging)

노화의 가장 최적의 상황(optimal status)을 ‘성공적 노화’, ‘건강한 노화’ 등 학자들마다 다르게 정의한다. Rowe et al. (2015)의 경우 질환과 장애가 적은 상태, 높은 인지적 신체적 기능, 삶에 대한 주체적 참여와 같이 객관적인 요소들이 충족된 상태를 노화의 최적의 상태로 보았다. 하지만 ‘성공한’ 노화를 객관적인 요소로 판별하게 되면 ‘실패’한 노인이라는 사회적 낙인으로 이어질 위험이 있어 분석을 할 때 주의를 요한다(Baltes et al., 1990).

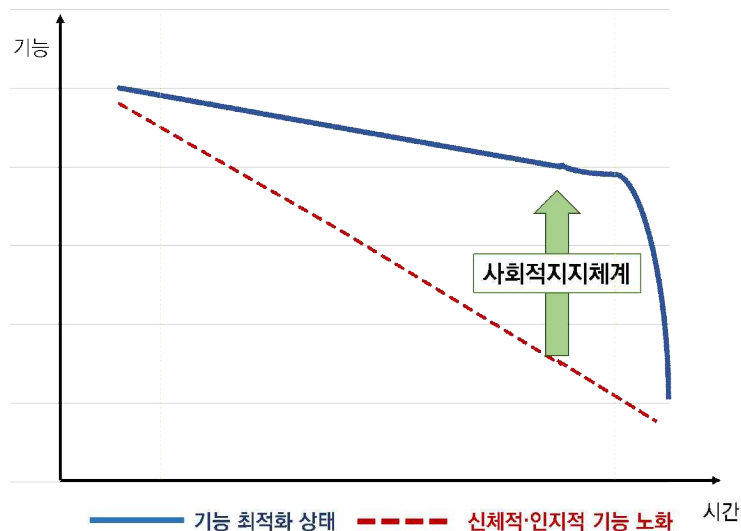
Wahl (2020)은 건강한 노화는 젊어지는 것이 아니라 희망하는 노년의 삶을 주체적으로 선택할 수 있는 정도의 기능을 최대한 죽음 직전까지 유지하는 것이라고 정의한다. 과거에는 건강(health)을 질병이 없는 완전한 상태를 의미했으나 현재는 신체·사회·정서적요소를 모두 포함하며 변화된 상황에 대한 적응능력(the ability to adapt)과 자기관리 할 수 있는 능력(the ability to self-manage)으로 그 의미가 변화한 것도 같은 맥락이다(Huber et al., 2011).

Baltes et al. (1990)은 선택·적정화·보완(Selective Optimization with Compensation: SOC)모델을 제시하며 건강한 노화란 변화된 상황에 대해 개인이 보유한 자원과 선호에 따른 적응이라고 정의했다. SOC모델에 따르면 노인은 필연적으로 경험하는 기능상실을 보완하기 위해 가치판단을 통해 선택적 집중을 하여 효율성을 높이려고 하며 상실한 기능을 보완할 수 있는 요소를 찾아 각자의 상황에 맞는 최적의 상태를 유지하기 위해 노력한다고 설명한다.

WHO (2015)는 건강한 노화(Healthy Ageing)를 ‘노년기에 행복

(happiness), 만족감(satisfaction), 성취감(fulfillment)을 아우르는 웰빙(well-being)의 상태를 유지하기 위해 필수적인 생활기능(functional ability)을 유지하고 발달해가는 과정'이라고 정의한다. 여기서 생활기능(functional ability)은 1) 신체적·정신적 요소들로 이루어진 내재적 속성(intrinsic capacity), 2) 그 외 사회적 관계 및 사회서비스 정책 등 개인과 연관된 외재적 속성으로 이루어진 환경(environment), 3) 개인과 내재적 속성 및 환경간의 상호작용으로 이루어진다고 설명한다.

그림 1 건강한 노화(Healthy Ageing) 모델



출처: WHO (2015)

Baltes et al. (1990)은 기대수명, 신체 건강, 정신건강, 인지능력, 사회적 관계 능력, 자기조절 능력, 삶의 만족도를 건강한 노화의 요소로 제시하며 기존 연구들이 건강한 노화에 대한 선행연구에서 종속변수로 삶의 만족도, 자아개념, 자아 존중감, 자기 조절감을 주로 사용한다고 설명한다. 그리고 건강한 노화는 가치에 기반을 둔 개념이기 때문에 종속변수에 객관적인 기능에 대한 가치판단의 결과를 사용해야한다고 설명한다. 그리고 분석할 때 객관적 변수와 그에 대한 반응을 설명하는 주관적 변수 모두 사용해야 설명력이 높아진다고

설명한다. 같은 맥락으로 석재은 외. (2010)는 노년기에 경험하는 상실과 감퇴에 대한 건강한 평가와 성공적인 적응을 건강한 노화라고 정의하며 노년기 삶의 객관적인 상황에 대한 주관적인 평가와 정서적 만족감으로 설명 할 수 있다고 말한다.

종합하건데 ‘건강한 노화(healthy aging)’는 개별 노인의 개인적·환경적 상황을 고려할 때 가장 최적의 상태를 이루는 것이라고 정의할 수 있다. 최적의 상태는 노화로 인해 불가피하게 비공식 혹은 공식 지지체계에 의존해야 하는 상황이 발생하는데 이 때 적절한 사회적 지지체계(social support)가 개입하여 노인의 감퇴한 기능을 최대한 보완하여 주체적이고 존엄한 삶을 유지하는 것이다.

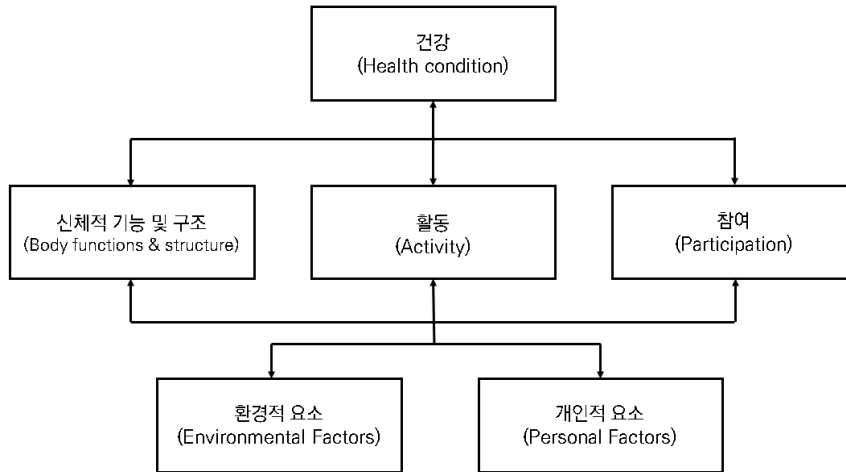
제 2 절 장애역설이론(Disability Paradox)

Albrecht et al. (1999)에 의해 제시된 장애역설이론(Disability paradox)은 의존이 시작될 때 가족, 지역, 국가로부터의 적절한 사회적 지지(social support)를 받게 되면 노화로 인해 발생하는 신체적·인지적 기능손상이 삶의 질에 미치는 부정적인 영향이 약화된다는 이론이다. 생물학적으로 신체적·인지적 기능저하를 필연적으로 경험할 수밖에 없는 노인에게 대한 적절한 사회적 돌봄 체계가 매우 중요하다는 것을 알 수 있다.

장애에 대한 개념 변화에서도 장애역설효과를 엿볼 수 있다. 2000년대 이후 변화한 국제기능장애건강분류(ICF)에서 정의된 장애(Disability)는 기능손상(impairments), 활동제한(activity limitations), 참여제한(participation restrictions)을 포괄한다(WHO, 2002). 기능손실을 경험하더라도 이를 보완해줄 사회적지지체계가 마련이 되어 있다면 일상생활에서 활동범위가 보다 수월해지고 사회참여가 자유롭게 이루어질 것으로 보며 이에 따라 기능손실이 실제 개인의 삶에 미치는 부정적영향이 줄어들 것이기 때문에 객관적인

기능손실만으로 장애를 설명할 수 없다고 설명한다.

그림 2 ICF에 따른 장애(Disability) 모델



출처: WHO(2002)

따라서 기능 손실은 사람을 구성하는 요소 중 하나에 불과하며 삶을 구성하는 다른 부분으로 기능 보충이 가능하고 이를 통해 균형 잡힌 자아를 형성하게 하며 궁극적으로는 전반적 삶의 질을 높일 수 있다(Albrecht et al., 1999). 관련 선행연구인 박자경 (2010)에 따르면 사회적지지가 장애수용을 매개하여 삶의 만족도에 유의한 영향을 미친다고 설명한다. 기능 상실이 생겼을 때 사회적 지지체계는 장애에 대한 적응 즉, 장애수용으로 이어지게 하며 장애수용은 변화된 삶을 재해석하게 하고 사회 안에서 역할을 수행할 수 있도록 하게 한다고 설명한다.

Chao (2012)의 연구에서는 비공식 돌봄과 공식 돌봄을 통해 받는 도구적 지지(instrumental support)와 정서적 지지(emotional support)는 삶의 만족도와 우울과 유의한 관계에 있지만 배우자와 친구에게 받는 비공식 돌봄에서만 도구적일상생활수행능력(IADL)에 따른 기능저하와 삶의 만족도 간의 조절 효과가 있었다. 그리고 우울과 삶의 만족도간 관계에서는 비공식 돌봄 및 공식 돌봄 모두에서 조절효과가 나타났다. 따라서 비공식 돌봄 제공자에 대한 지원 강화를 통해 삶의 만족도를 향상시킬 필요가 있다고 주장한다.

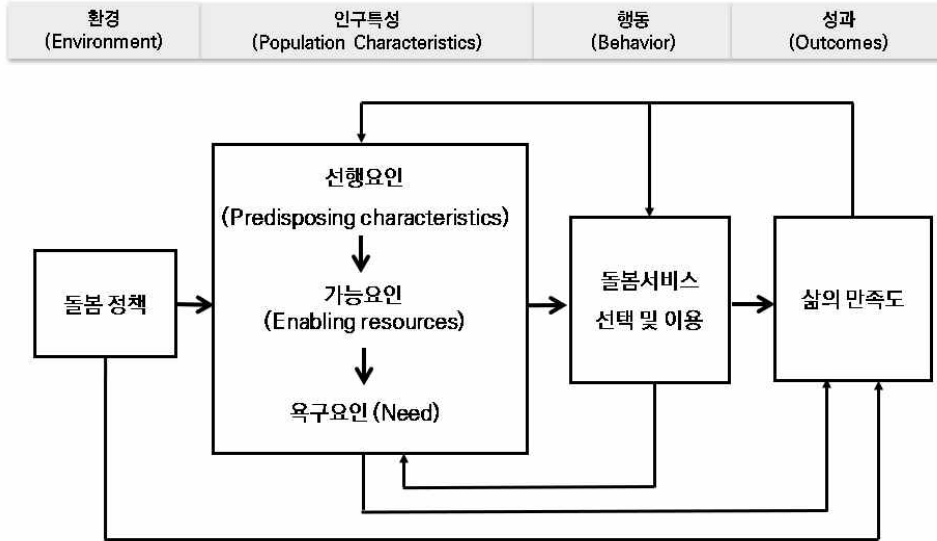
제 3 절 앤더슨행동모형(Behavioral Model: BM)

위의 논의로 노인은 환경과 끊임없이 상호작용하며 노화로 인한 건강 악화를 환경으로부터 보완하기도 하지만 부적절한 지지체계는 오히려 건강악화를 가속화 하는 등 삶의 질에 부정적인 영향을 미친다는 것을 알 수 있다. 따라서 본 연구에서는 노인을 환경 속 인간(Person in Environment: PIE)으로 접근하며 개인, 환경, 사회 등 다차원적 접근을 가능하게 할 모델로 Anderson의 행동모형(Behavioral Model)을 선택하였다.

본 모델은 사회생태학적 접근으로 의료서비스이용모델로 제시되어 보건 의료분야 뿐만 아니라 노인장기요양보험을 포함한 사회복지서비스 관련한 연구에 많이 사용되는 모델이다(Kjær et al., 2019; Sohn et al., 2020; 양은진 외., 2019) 노인 사회복지서비스 이용, 의료서비스 이용의 결정요인을 선행요인(predisposing factors), 가능요인(enabling factors), 욕구요인(need factors)로 나누었으며 ‘요인-행동-성과’의 루트를 제시하여 돌봄 서비스의 이용에 대한 성과를 설명하기 적합하다고 판단하였다.

선행연구를 근거로 세부 요인에 대한 변수 설정을 하였다(Andersen, 1995; Babitsch et al., 2012; Gobbens, 2018; Jang et al., 2019a; Kjær et al., 2019; Millán-Calenti et al., 2010; Philibert et al., 2015; Tesch-Römer et al., 2017; 선우덕, 2015; 양은진 외., 2019; 이성은, 2012; 함선유 외., 2017). 선행요인(predisposing characteristics)은 욕구 발생 이전에 개인의 의지와 상관없이 이미 가지고 있는 특성을 의미하며 선행연구에 기반 하여 성별, 연령, 교육수준을 선택하였다. 가능요인(enabling resources)는 서비스 이용을 가능하도록 하는 수단이나 능력으로 거주 지역, 가구소득, 독거여부로 설정하였다. 욕구요인(needs)는 서비스 이용에 직접적인 원인이 되는 요인으로 인지 기능점수, 우울증상여부, 만성질환 수, 도구적일상생활수행능력을 포함하였다.

그림 3 Andersen의 행동모형 재구성



출처: Andersen (1995, pg. 8)의 신흥모델(An Emerging Model) 4단계를 본 연구에 맞게 재구성함.

제 4 절 도구적일상생활수행능력(IADL)

노년기는 건강과 관련한 문제가 많아지는 시기이므로 건강은 노인의 삶의 만족도에도 큰 영향을 미치는 요소이다(Hsieh, 2009). 선행연구들에 따르면 건강 관련 변수로 객관적 척도에 의한 평가나 주관적 건강인식을 사용하는데 주관적 건강인식은 서비스 이용 요인을 분석하는데 적합하며 노인의 욕구에 부합하는 돌봄 서비스(종류)가 적절하게 제공되었는지를 분석하는 데는 전문가에 의해 개발된 척도로 파악된 욕구를 이용하는 것이 바람직하다(Andersen, 1995). 기능을 평가하는 대표적인 척도인 일상수행능력(ADL)과 도구적일상생활수행능력(IADL)은 노인의 독립적 생활능력을 평가하는 문항들로 구성되어 있어 장기요양(long-term care)이 필요한 사람을 예측하거나 노인관련 정책 및 서비스를 평가하는 변수로 많이 사용한다(Jang et al.,

2019b; Philibert et al., 2015).

Katz가 개발한 일상생활수행능력과 도구적일상생활수행능력의 세부 문항이 우리나라 노인 일상생활에 적합하지 않아 원장원 외. (2002)가 한국형 일상생활수행능력(K-ADL)과 한국형 도구적일상생활수행능력(K-IADL) 척도를 개발했다. 일상생활수행능력(K-ADL)은 자기관리(self-care)와 관련된 가장 기본적인 일상생활수행능력을 평가하는 7가지 문항으로 구성되어 있으며 도구적일상생활수행능력(K-IADL)은 주체적 삶을 살아가는데 필요한 조건인 자립(self-reliant)과 관련된 10가지 문항으로 구성되어 있다.

나이가 들어감에 따라 일상생활수행능력이 감소하는데 이는 노인의 사회적 생활 반경을 제한하여 사회적 고립의 위험을 증가하고 만성질환 발병률 증가, 기대수명의 감소 및 신체적·정신적·사회적으로 노인의 삶의 여러 영역에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타난다(Millán-Calenti et al., 2010; Sato et al., 2002, Tesch-Römer et al., 2017; Yang, 2020). 한편 사람은 본능적으로 변화하는 삶에 인지적 적응을 하게 되어 일상수행능력의 저하가 삶의 질에 미치는 영향의 정도가 작거나 미미하다는 연구도 존재한다(Vaarama, 2009).

도구적일상생활수행능력(IADL)은 일상생활수행능력(ADL)보다 기능저하에 민감하게 반응하여 신체적·인지적 기능 저하가 삶의 질에 미치는 유의미한 영향을 분석하기 용이하다(Gobbens, 2018). 또한 Tesch-Römer et al. (2017)은 일상생활에 어려움을 겪기 시작하는 노년 초기에 개입이 효과가 높다고 설명하는데 도구적일상생활수행능력(IADL)은 전반적 노년기의 변화를 관찰하기 용이한 변수이다. 따라서 노년기 전반에 걸친 돌봄 욕구에 적합한 서비스가 제공되었는지를 분석하기 위해 본 연구에서는 ‘도구적일상생활수행능력(K-IADL)’을 독립변수로 설정하여 노인의 기능저하정도를 측정하고자 한다.

표 1 일상생활수행능력 및 도구적일상생활수행능력 난이도별 분류

난이도	일상생활수행능력(K-ADL)	도구적일상생활수행능력(K-IADL)
쉬움	누웠다가 일어나 방 밖으로 나오기	제시간에 정해진 양의 약 챙겨먹기
↓	화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기	몸단장하기
	대소변 조절하기	근거리 외출하기
	옷 입기	쇼핑하기
	세수·양치질·머리감기	전화 걸고 받기
	목욕이나 샤워하기	빨래하기
		교통수단 이용하기
		식사 준비하기
어려움		집안일 하기
		금전관리하기

출처: 선우덕(2015)의 연구 결과에 따라 정리

<표1>와 같이 문항별로 난이도의 차이를 보이며 성별에 따라 어려움을 문항에 차이를 느낀다. 남성은 집안일을 하는 경험이 적기 때문에 사별할 경우 여성보다 집안일과 관련된 문항에서 장애가 나타날 확률이 높으며 여성은 남성에 비해 교통수단이용, 돈 관리, 약 먹기 등에 장애를 보일 확률이 높다(Berg et al., 2006; Millán-Calenti et al., 2010). 남성의 경우 상대적으로 연령이 낮을 때 신체적 기능저하가 삶의 만족도에 미치는 영향력이 크며 여성이 상대적으로 나이가 많을 경우 더 크게 나타난다(Vaarama, 2009; Gobbens, 2018). 그리고 선행연구에 따라 일상생활수행능력의 저하가 급격해지고 삶의 질에 대한 영향력이 증가하는 기점이 75세, 80세 혹은 85세로 다르게 나타난다(Gobbens, 2018; Sato et al., 2002; Vaarama, 2009).

Beach et al. (2020)은 일상수행능력저하에 대한 욕구 충족이 되지 않으면 젖거나 흙투성인 옷을 입고 다니며 집에서만 지내고 움직임이 제한되며 약 투약오류의 행태가 나타난다고 한다. 또한 돌봄 욕구 미충족시 의료적 치료의

목적이 아닌 돌봄을 위한 사회적 입원을 하고 요양병원을 전전하며 돌봄 욕구를 충족하려는 회전문 현상(Revolving Door Phenomena)이 발생하는데 여성이고 독거이며 고령일 경우 더욱 위험하다. 또한 불필요한 장기입원은 의료비용을 증가시키고 요양병원에서의 장기 입원은 근손실, 파킨슨, 치매 발병률을 높여 다시 지역으로 돌아가는 것을 불가능하게 하여 악순환이 반복될 위험이 있다(황도경 외., 2015).

제 5 절 삶의 만족도(Life Satisfaction)

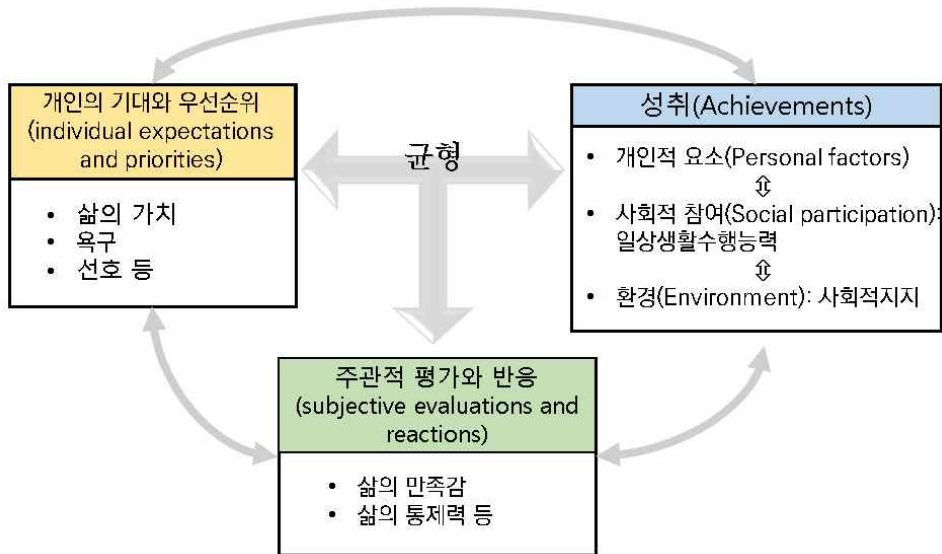
사회보장기본법에 따르면 사회보장이란 “출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상시키는 데 필요한 소득·서비스를 보장하는 사회보험, 공공부조, 사회서비스”이다. 이처럼 사회서비스의 효과성을 파악하는데 삶의 질은 중요한 변수인데 많은 선행연구에서 행복(happiness), 삶의 질(Quality of life: QoL), 삶의 만족도(Life satisfaction)는 혼용되어 사용하고 있다.

Oleson. (1990)에 따르면 삶의 질(QoL)은 객관적 지표(소득, 신체적 기능 등)와 주관적 지표들로 측정할 수 있다. 주관적인 삶의 질(subjective quality of life)은 삶의 영역별 만족도(satisfaction)나 행복도(Happiness)를 통해 측정가능한데 만족도(satisfaction)는 주관적으로 인식된 삶의 질, 행복(Happiness)은 현재 상황에 대한 변화하는 긍정적 혹은 부정적 감정으로 정의할 수 있다.

Levasseur et al. (2009)은 주관적 삶의 만족감을 개인의 기대와 우선순위 그리고 성취 간 갈등하며 균형을 맞추는 과정에서 도출된 주관적 평가와 반응을 일컫는다고 정의하며 개인의 선호와 욕구를 충족해줄 수 있는 환경, 장애 그리고 노화에 대한 적응력, 삶에 대한 통제력이 삶의 질에 중요하다고 본다.

그리고 이 때 ‘적응’이란 객관적 삶의 상태는 부정적이나 주관적 삶의 질이 긍정적인 것을 일컫는다.

그림 4 주관적 삶의 만족도



출처: Levasseur et al. (2009)

Rudinger et al. (1990) 객관적인 상황에 대한 반응으로 삶의 만족도와 같이 주관적 만족감을 변수로 설정하는 것이 효과적이라고 설명한다. 선행연구는 돌봄의 효과를 분석하는 변수로 건강상태 호전 정도, 이용자 서비스 만족도, 이용자 삶의 질을 주로 사용하는 것으로 보인다(권현정 외., 2017).

Rudinger et al. (1990)에 따르면 삶의 만족도에 영향을 주는 요인에는 1) 사회적 고립을 야기하는 신체적 요인(장애, 일상생활수행능력, 건강에 대한 주관적 인식 등) 2) 심리적 요소(연령에 대한 주관적 인식, 자기 효능감, 자기 인식, 상대적 박탈감에 대한 인식 등) 3) 사회적 요소(성격, 역할변화에 대한 인식 등) 4) 사회적 네트워크 요소(가족 친구 이웃 친척 자녀 지역사회와의 관계 등) 5) 과거 사회경험 요소(지적능력, 정서적 건강, 청년시기 위기경험여

부 등)있다.

우리나라 연령과 삶의 만족도 간의 관계에 대해서 강상경 (2012)은 베이비 붐 세대 즉, 중년까지 삶의 만족도가 낮아지나 다시 증가하는 U-shape를 보인다고 설명한다. 반면, 심수진 (2018)의 연구에 따르면 전 세계적으로 연령별 삶의 만족도는 U-shape(45세-55세 최저)를 보이는데 우리나라의 경우 2003년 이후부터 삶의 만족도의 연도별 객관적 수치는 증가하지만 단일 년도 연령에 따른 만족도는 U-shape가 아닌 연령이 증가할수록 낮아지는 부(-)적인 관계를 보인다.

삶의 질(QoL)을 형성하는 인과경로에 대해 학자들은 하향확산이론과 상향확산이론을 제시한다. 하향확산이론(Top-down theories)은 경험에 의한 인지적 평가가 아닌 개인의 특성이 삶의 만족도를 결정한다는 이론이다. 그리고 상향확산이론(Bottom-up theories)은 영역별 만족도들의 합이 종합적 삶의 만족도를 형성한다는 이론이며 영역별 만족도별로 인과경로가 상이할 수 있으나 많은 학자들이 지지하는 이론이다(Sirgy, 2001; Headey, 2005; 김병섭 외, 2015). 그리고 김병섭 외. (2015)에 따르면 일상생활에 밀접한 관련이 있는 서비스일수록 삶의 질에 대한 영향력이 증가한다.

Rudinger et al. (1990)은 삶의 여러 영역에서 발생하는 어려움에 대해 대처하는 방식이 다를 수 있기 때문에 전반적 삶의 만족도 보다는 구체적 영역에 대한 주관적 만족감을 분석하는 것 효과적이라고 설명한다. Vaarama (2009)에 따르면 심리적 만족도와 환경적 만족도는 안정적인 추세를 보이지만 신체적 만족도와 사회적 만족도는 80세 이후로 감소하는 경향을 보인다. 그리고 영역별 삶의 만족도 중에서도 가족관계 만족도 전반적 삶의 만족도에 대한 영향력이 가장 크게 나타나 삶의 만족도 중 가장 중요한 영역으로 볼 수 있으며 지역사회 만족도와 친구관계 만족도는 전반적 삶의 만족도에 대한 설명력이 약하다(Rudinger et al., 1990; Rojas, 2006).

종합하면, 노화로 인해 필연적인 기능저하에 대한 개별적 적응과 수용 그리고 상실한 기능에 대해 개인적 혹은 사회적 자원을 통한 보상을 통해 삶의 만족도를 높여 노인 돌봄 서비스의 최종 목표인 노인의 높은 삶의 질의 실현할

수 있다. 그리고 건강한 노화는 가치에 기반을 둔 개념이기 때문에 종속변수에 객관적인 요소에 대한 가치판단의 결과인 만족도를 사용하고 영역별 삶의 만족도로 나누어 분석하는 것이 노인의 삶의 만족도를 파악하는데 적절하다. 영역별 만족도 중에서도 가족과 관련된 만족도가 가장 전반적 삶의 만족도와 인과관계가 높아 이와 관련한 결과에 주목할 필요가 있다. 따라서 본 연구에서는 일상생활에 밀접한 관련이 있는 노인돌봄서비스가 그들의 삶의 질 향상에 기여하고 있는지를 여섯 영역(건강, 경제, 배우자와의 관계, 자녀와의 관계, 사회/여가/문화, 친구 및 지역사회)의 삶의 만족도를 종속변수로 설정하여 파악하며 배우자와의 관계와 자녀와의 관계 만족도 결과를 보다 주의 깊게 살펴보고자 한다.

제 6 절 돌봄(Caring)

1. 돌봄의 정의

돌봄은 인간의 가장 기본적인 가치이며 복지국가 분석에 주요 항목으로 공공정책에서 아동과 노인 돌봄을 어떻게 접근하는지, 역할은 어떻게 분배하는지에 관심을 갖는다(Daly et al., 2000). 돌봄은 인구사회학적, 경제적, 사회적 요소에 의해 영향을 받는 다차원적인 개념이며 세 가지 특징이 있다(Daly et al., 2000). 첫째, 돌봄은 ‘노동’이다. 공식과 비공식 돌봄으로 구분하며 국가는 구분 기준을 정하는 역할을 담당한다. 둘째, 돌봄은 의무이다. 돌봄은 사회적·가족적 관계와 책임에 의해 시작되기 때문이다. 셋째, 돌봄은 경제적·정서적 비용을 발생시키는 활동이다. 따라서 수반되는 비용을 개인, 가족, 사회가 어떻게 분배할 것인지가 중요하다.

Engster (2005)는 모든 인간은 생존, 발달, 기본적 기능수행을 위해 여러 방식의 돌봄이 필요하다는 것을 인지해야 하며, 돌봄은 필요로 때 제공받아야 하고, 모두는 필요한 돌봄을 받을 권리가 있다고 설명한다. 그리고 돌봄의 조건을 1) 돌봄 욕구를 충족하면서 기본적 기능을 증진하고 세심한 배려와 욕구에 민감하게 반응해야하며 존중의 태도를 통해 통증(suffering)을 완화해야하고 2) 돌봄 제공자가 좋은 돌봄을 제공할 수 있도록 필요한 자원을 마련해야하며 3) 기본적인 기능수행 및 통증 없이 살 수 있도록 프로그램 조성해야한다고 제시한다.

2. 돌봄 유형

1) 돌봄 유형 분류기준 및 선호유인요인

돌봄 유형은 학자마다 돌봄 장소, 돌봄 공급 주체, 기능 수준별로 기준으로 다르게 설정한다. Daly et al. (2000)에 따르면 돌봄 관련 선행연구는 주로 ‘유급-무급’, ‘공식-비공식’, ‘(기능)의존-독립’, ‘현금급여-서비스’로 분류되는 경향이 있다. Andre et al. (2017)는 돌봄 장소에 따라 본인 집, 친척 집, 생활지원시설, 요양원, 외국으로 분류했다. Christine et al. (2015)은 공급주체에 따라 가족 중심(family-based)과 국가중심(state-based)으로 분류했으며 선우덕 외. (2015)는 정부(state or government), 시장(market), 자원봉사단체(voluntary organization), 가족(family)로 구분하였다. 양은진 외. (2019)는 돌봄 제공자를 기준으로 자기 돌봄, 가족 돌봄, 전문적 돌봄으로 분류하였다. 전용호 (2018)는 기능 수준 별 돌봄 서비스를 구분하였고 최희경 (2012)은 배우자 돌봄 태도를 기준으로 ‘관리자 가장형’, ‘돌봄 수행형’, ‘체념 방치형’으로 구분하였다.

표 2 노인장기요양등급별 서비스 분류(의료, 보건, 복지)

	중증	경증	허약	건강	
	1-2급	3-5급	등급 외 A, B	등급 외 C	
서비스 종류	2 3차 의료기관·요양기관		주로 2 3차 의료기관		의료
	의료가정간호(병원파견)		보건소서비스(건강증진, 방문간호사서비스 등)		보건
	방문간호(장기요양)				
	시설서비스 (공동생활가정, 요양원)		노인돌봄종합서비스 (등급 외A, B)		복지
	재가서비스 (방문요양, 주간보호, 단기보호 등)		노인돌봄기본서비스(독거노인) 재가노인지원서비스(저소득층, 사각지대 노인) 등		

출처: 전용호 (2018)

OECD 및 WHO는 계약여부 및 훈련여부를 기준으로 공식 돌봄(formal care)과 비공식 돌봄(informal care)으로 구분하여 정의한다(Colombo et al., 2011; WHO, 2015). ‘공식 돌봄’에는 1) 공식적 계약을 통해 사회보장시스템에 신고된 유급 돌봄 제공자에 의한 돌봄과 2) 훈련을 받고 전문자격증을 취득한 돌봄 제공자에 의한 돌봄이 있다(선우덕 et al., 2015). ‘비공식 돌봄’은 공식적 고용관계 외의 돌봄으로 주로 가족을 의미하고 사회보장시스템에 신고가 되지 않은 유급 돌봄 제공자를 포함한다. 하지만 개인간병인의 경우 국민연금이나 고용보험 적용이 되는 고용계약 혹은 사적계약을 하는 경우가 있으며 가족의 경우 가족수발지원정책으로 현금급여 등의 지원을 받기도 하여 공식 돌봄과 비공식 돌봄 간의 명확한 구분은 어렵다(한국노동연구원, 2014).

표 3 돌봄 공급주체 따른 돌봄 유형구분

구분		제도 및 조직체	공급자유형
공식	공공	노인돌봄종합서비스	비영리/영리기관
		재가노인지원서비스	
	(준)시장	노인장기요양보험	비영리/영리기관 (간병보험회사는 제외)
		민간간병보험(생명보험회사)	
	자발적	자원봉사서비스	비영리중심
		복지단체(자원봉사센터 등)	
		사회단체(적십자사회 등)	
		복지기관(노인복지관, 재가노인지원서비스센터 등)	
		지역조직체(부녀회 등)	
	비공식	가족, 친족, 친척, 이웃, 친구	개인단위

출처: 선우덕 et al. (2015)

노인이 돌봄 유형을 선택할 때 개인적 선호사항 뿐만 아니라 다양한 환경적 요인들이 영향을 미치며 중간에 개인적 혹은 환경적으로 변화가 생기면 이용

하는 돌봄 유형 변화한다(Kjær et al., 2019). 노인 돌봄 유형 결정요인에 대해 선우덕 et al. (2015)은 성별, 교육수준, 배우자 유무, 동거 자녀수, 거주 지역, 가구소득, 기초수급여부, ADL/IADL제한개수를 Kjær et al. (2019)은 연령, 기능저하, 독거, 사회적지지, 소득을 제시했다.

또한 비공식 돌봄에는 배우자 유무, 동거 유무, 연락빈도, 털어놓을 수 있는 사람유무 등 사회적지지가 중요하며 혼합 돌봄의 경우 가능요인의 영향력이 높은 것으로 나타났다. Jang et al. (2019a)은 성별, 배우자유무, 사회·경제적 요소, 주관적 건강상태, 만성 질환 수, ADL/IADL점수, MMSE점수를 양은진 외. (2019)는 배우자유무, 지역, 소득, 동거가족 수, 지역, 사회관계망을 결정요인으로 제시했다.

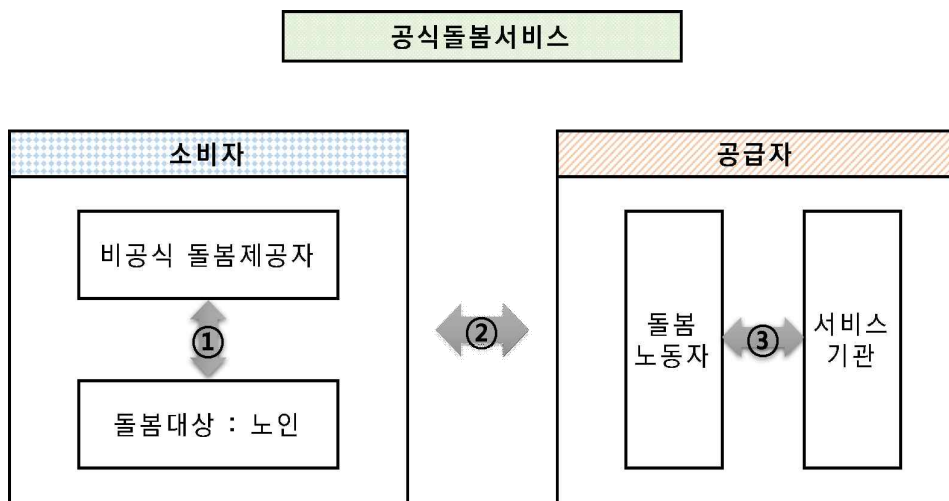
2) 돌봄 유형별 특징

돌봄 유형별 특징을 살펴보면 비공식 돌봄의 경우 돌봄 욕구가 낮고 사회적 관계가 두터운 경우 이용하는 경향이 있다(Kjær et al., 2019). Temkin-Greener et al. (2004)에 따르면 비공식 돌봄은 노인의 생존율을 높이며 특히 비공식 돌봄 제공자로부터 식사에 대한 도움을 받는 것이 효과가 있다. 이렇듯 비공식 돌봄은 노인에게 친밀함과 안정감 등 경제적 지원뿐만 아니라 정서적 지지를 하는 주요 돌봄 제공 주체로 알려져 있다.

하지만 비공식 돌봄 제공은 자발적으로 제공되지 않으며 암묵적으로 가족 내 약자에게 무급으로 강요되는 경향이 있다. 노인이 경제적으로 어려운 경우, 돌봄 제공 주체인 자녀 혹은 배우자와 친밀한 관계를 축적하지 못할 경우에 비공식 돌봄 제공자의 돌봄 책임감이 약화되어 돌봄이 이루어져도 비공식 돌봄 제공자와 노인 모두 돌봄을 받는 과정에서 심리적 부담감을 매우 크게 느끼게 된다(석재은, 2009). 가족구성원 중 누가 노인을 돌볼 것인지를 조율하는 과정 자체와 이상적인 비공식 돌봄 제공과 현실과의 불일치로 심리적 부담감을 크게 느낀다(문현아 외., 2020).

Schulz et al. (2012)은 돌봄을 강요하는 것은 비공식 돌봄 제공자의 정신적 스트레스 증가와 신체적 건강 악화와 돌봄의 질 저하로 이어진다고 설명한다. 특히 자녀수가 적고 인구수가 많은 베이비부머가 특히 취약한 상황에 놓일 위험이 높다. 돌봄 제공자가 배우자 일 때, 돌봄 제공자의 인지 능력이 낮거나, 신체적 건강이 좋지 않거나, 우울증이 있을 때, 돌봄을 받는 노인의 일상생활 수행능력(ADL, IADL)척도에 따른 기능저하가 나타날 때 노인에 대한 학대(소리를 지른다거나 욕을 하는 등)가 일어날 가능성이 높다는 연구결과도 있다(Beach et al., 2005). 따라서 노인돌봄에서 의료진과 사회복지사의 돌봄 제공 현황 초기 사정(assessment)과 적절한 공식 돌봄 자원 연계 등의 개입을 통해 돌봄에 대한 사회적 지지체계를 마련하는 것이 중요하다.

그림 5 공식 돌봄 서비스 개입으로 인한 돌봄 권력구조 변화



출처: 석재은(2009)

공식 돌봄의 경우 돌봄 욕구 난의도가 높으며 자녀와의 관계가 안정적이지 못할 때 수급하는 경향을 보인다(Kjær et al., 2019). 석재은 (2009)의 사례 연구결과에 따르면 노인이 보유한 사적자원(물적, 관계적)이 부족한 경우 노인과 비공식 돌봄 제공자 간 불균형한 권력관계가 형성되는데 이 때 공식 돌봄이 노인의 비공식 돌봄 자원에 대한 의존성과 부양부담감을 악화시켜 노인의

돌봄 협상력을 높인다고 한다. 그리고 공식 돌봄 자원이 확보되어 노인에 대한 돌봄을 제공하는 주체가 다양해질수록 욕구를 충족하는 서비스가 제공될 가능성이 높아지고 이는 가족관계가 회복으로 이어진다.

마지막으로 혼합 돌봄은 비공식 돌봄을 제공하지 못하는 상황에 있는 사람들과 비공식 돌봄을 제공해야만 하는 상황에 있는 사람들에게 보다 다양한 선택의 여지를 제공하는데 혼합 돌봄을 받는 노인의 경우 우울증으로 인한 부정적 영향을 조절효과가 있다는 선행연구가 있다(Daly et al., 2000; 손용진, 2018). 돌봄 인프라가 확충되어 있는 소위 말하는 복지국가의 경우 혼합 돌봄의 비중이 높고 공식 돌봄이 비공식 돌봄의 수급 양을 감소시키지 않으며 상호 보완하는 관계를 보인다(Motel-Klingebiel et al., 2005). 그리고 복지국가에서는 자녀가 부모와 공식 돌봄을 연결하며 돌봄에 적극적으로 참여한다(Blomgren et al., 2012).

한편 시장주의 국가에서는 자녀들이 부모가 혼자 살거나 경제적으로 어려울 때 돕는 역할을 수행한다. 따라서 노인 돌봄에서 이상적인 형태는 가족을 포함한 비공식 돌봄 제공자와 사회가 함께 참여하여 혼합책임(mixed responsibility)을 이행하는 것으로 볼 수 있다. 혼합책임 실현을 위해서는 비공식 돌봄의 주체들이 건강한 돌봄을 제공할 수 있는 환경과 유인책이 마련되어야 할 것이며 공식 돌봄은 신뢰할 수 있는 질 높은 서비스를 안정적으로 제공해야 할 것이다.

3) 돌봄의 불평등(Care inequality)

사회·경제적 수준이 낮은 사람은 아프기 쉽고 제 때 적절한 돌봄을 선택할 수 있는 여력이 없는 경우가 많다(Beach et al., 2020). 이에 가족에게 돌봄 제공을 강요하는 환경을 조성되며 가정 내에서 가장 경제적·사회적으로 약한 사람이 돌봄을 제공하게 된다(김희강, 2018). 주로 여성이 돌봄의 역할을 담당하게 되는데 저소득 가구의 여성은 돌봄을 구매할 여력이 되지 않아 가정 내 노인과 아동 모두에게 돌봄을 제공하며 시간과 소득에 대한 이중빈곤을 경험

한다(신영민 외., 2019). 또한 소득이 낮은 가구는 비공식 돌봄에 대한 정부지원금을 생활비로 쓰는 경향이 나타난다(Saraceno, 2010). 이러한 경향은 돌봄 제공자의 심리적·신체적 부담감을 강화하며 가정 내 취약한 노인과 아동이 적절한 돌봄을 받지 못할 가능성을 높인다.

커뮤니티 케어는 돌봄이 필요한 노인들이 주체적으로 삶을 살 수 있도록 시행된 정책으로 ‘주체성(autonomy)’은 삶의 질에 중요한 요소이다. 건강, 교육, 주거 등 가장 기본적인 영역에서 개인의 선호에 기반을 둔 선택을 한다는 것은 개인의 삶에 대한 주체성 및 통제력을 강화하는데 도움이 된다(Burchardt et al., 2015). 한편 주체성이 제한될 때 건강 악화가 가속화되고 삶을 포기하려는 경향이 나타난다. Burchardt et al. (2015)에 따르면 주체성은 1) 자신이 선호하는 바가 무엇인지를 아는 자기반성(self-reflection), 2) 개인의 결정능력 (active decision-making), 3) 실제 이용자가 인지하고 사용가능한 질 높은 다양한 선택지 제공이 수반되어야 한다.

종합해보자면 노화로 인한 돌봄 욕구의 증가는 필연적이며 돌봄 제공은 개인적 관계, 가구의 여건, 도덕적 책임감 등으로 행해진다. 그리고 노인이 돌봄 유형을 선택하는데 있어 개인적 선호, 가족 및 지역을 포함한 환경적 요소, 국가 돌봄 정책을 포함한 사회·정책적 요소가 영향을 미치며 성별, 교육수준, 지역(돌봄 인프라 여부), 소득(노인 및 자녀), 장애정도에 따라 돌봄 이용에 불평등이 나타난다. 돌봄 이용의 불평등은 노년기의 삶의 질 악화와 연결되며 적절한 사회적 지지체계는 돌봄 이용에 대한 불평등을 약화시킨다.

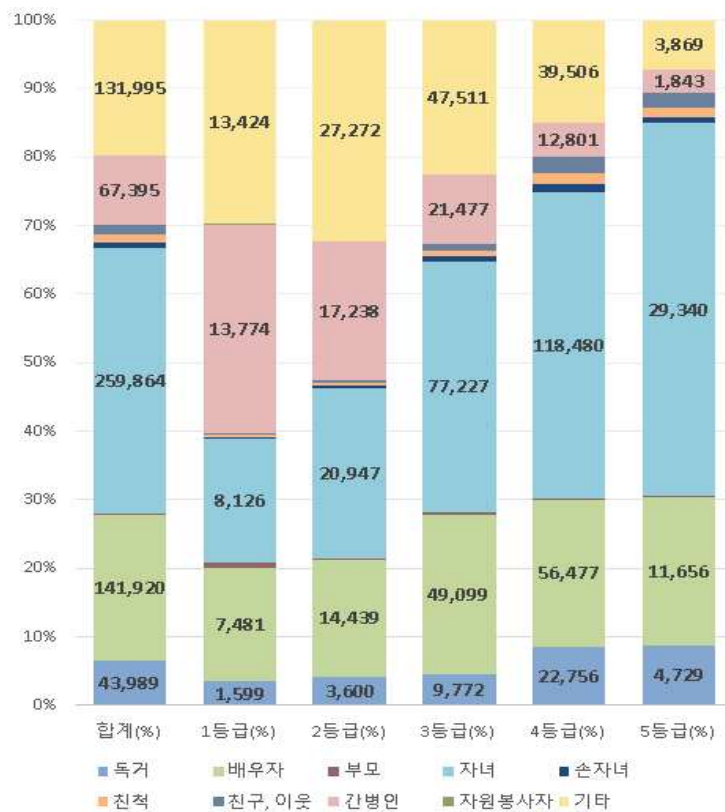
돌봄 불평등에 대한 논의는 공식 돌봄의 개입 이유를 설명하고 있어 중요하다. 비공식 돌봄만 제공될 경우 사적 자원이 부족한 노인일수록 돌봄 불평등을 겪기 용이해진다. 따라서 본 연구에서는 선행연구의 국내 돌봄 유형간 관계가 위계적 보상관계라는 결과를 반영하여 공식 돌봄을 추가로 이용하는 노인의 경우 환경적 요소로 인해 발생한 돌봄 불평등을 완화하여 기능 저하가 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향을 조절할 것이라고 가정하여 분석하고자 한다.

3. 우리나라 노인 돌봄 현황

1) 비공식 돌봄

국민건강보험공단 (2018) 에 따르면 전체적으로 볼 때 비공식 돌봄 제공자인 자녀(며느리, 사위 포함)의 비중이 가장 높다. 장기요양등급별로 분류해 보았을 때 장기적으로 돌봄이 필요할수록 공식 돌봄인 간병인, 기타 등을 선호하며 돌봄 제공 주체가 다양해지는 것을 알 수 있다. 난이도가 높은 돌봄이 요구되는 경우 비공식 돌봄 제공자로부터 미충족 돌봄을 경험할 확률이 높아지는데 이는 비공식 돌봄 제공자는 전문적인 교육을 받지 않아 기능저하의 중증화를 감당하지 못하기 때문이다(Beach et al., 2020).

그림 6 노인장기요양보험 돌봄 제공자 현황



출처: 국민건강보험공단(2018)

2) 공식 돌봄

우리나라 노인돌봄서비스는 노인의 돌봄 욕구 충족보다는 부양자의 돌봄 부담 완화와 일자리창출에 초점이 맞춰져 있다. 돌봄 사업이 욕구별로 구분되지 않으며 지원 기준이 운영 주체에 따라 상이하고 노인과 장애인 서비스 내용이 중첩되는 등 서비스의 분절성과 선별성 문제, 민간자원에 대한 의존성 문제가 지속적으로 제기되고 있다(김보영, 2017, 2019; 박세경, 2020). 전용호(2018)는 노인돌봄서비스 주요 제공 영역인 의료, 보건, 복지영역에서 나타나는 문제점과 각 영역간의 연계의 취약성에 대해 설명하며 모든 영역에서 공통적으로 노인의 변화하는 돌봄 욕구에 기민한 대응 어려움, 저소득층에 한정된 서비스 제공, 욕구를 충족할 수 인력(의사, 간호사, 사회복지사 등)의 부재를 문제점으로 제시한다.

표 4 공식 돌봄 지원기준

구분	지원 기준
노인장기요양보험서비스	65세 이상 또는 65세 미만 노인성 질병자로 요양보호를 요하는 중증 이상(1~5등급)의 자
노인돌봄서비스 (기본, 종합)	<ul style="list-style-type: none"> • 종합: 실제 혼자 살고 있는 노인 • 방문 주간보호서비스: 장기요양보험 등급 외 A, B 노인, 전국가구 평균 소득 150% 이하 • 단기가사서비스: 독거노인 또는 만 75세 이상의 노인부부가구로서 전국가구 평균소득 150% 이하

출처: 보건복지부 (2019a)

현재 장기요양보험제도 등 노인돌봄관련 공식 서비스는 신체적·인지적 기능 기준과 소득 기준을 반영하지만 주로 중증도가 높고 소득이 낮은 그룹에 대해 서비스를 제공한다. Sohn et al. (2020)에 따르면 경제적으로 하위권 보다 중하위권의 사람들의 사망률이 높으며 상대적으로 기능저하가 심한 시설 입소 노인보다 재가복지를 시행하는 그룹의 사망률이 높았는데 이를 통해 엄격한 지원기준이 또 다른 돌봄 사각지대를 만든다는 것을 알 수 있다. 공식

돌봄의 엄격한 신청기준은 가족에 대한 돌봄 책임을 가중시키고 이는 시장에 의존하게 만들며 이는 돌봄 이용에 대한 불평등이 더욱 심화시킨다(Malbon et al., 2019).

장기요양보험서비스와 노인의 삶의 만족도 간의 선행연구의 결과는 다양하게 나타난다. 권현정 외. (2011)는 장기요양보험서비스가 전반적인 삶의 만족도에 유의한 영향을 미치지 못하나 가족관계 만족도의 증가에 유의한 영향을 미친다고 했다. 그리고 전해숙 (2017)의 잠재성장모형분석결과에 따르면 장기요양보험이용 횟수에 따라 결과가 달라지는데 한 번 이상 이용한 경우는 삶의 만족도에 영향이 없으나 이용 횟수가 증가할수록 삶의 만족도가 유의하게 증가하며 지속적으로 이용한 경우 증가속도가 빨라진다는 것을 확인 할 수 있다.

반면, 한수정 (2016)의 성향점수매칭분석결과 장기요양보험서비스는노인과 부양가족의 전반적 만족도, 가족관계 만족도, 배우자와의 관계 만족도, 자녀와의 관계 만족도에 모두 부정적인 영향을 미친다고 설명한다. 신혜리 외. (2018) 또한 노인의 장기요양보험서비스 이용이 건강상태만족도, 경제적상태만족도, 사회문화적상태만족도와 부(-)적인 관계에 있다고 설명한다. Chon (2019)은 장기요양보험서비스의 공공기관, 비영리기관 외에 영리목적의 기관의 시장참여를 허용한 민영화로 인해 공식 돌봄 서비스의 질이 낮아졌다고 설명한다. 돌봄 서비스 공급자들이 시장경쟁을 하게 되면서 이윤을 위해 서비스 이용자, 돌봄 제공자, 서비스제공자 모두가 불법적이고 도덕적이지 못한 서비스 제공 및 이용으로 이어진 것이다.

보건복지부 (2018a)의 연구에 따르면 공식 돌봄의 인프라가 부족하여 장기요양등급 탈락 시 받을 수 있는 자원이 없어 돌봄 욕구를 부풀려 인정등급을 높이는 현상이 나타난다. 또한 등급 선정 시 간호처치필요도와 인지적 측면을 간과하는 문제가 있어 돌봄 욕구에 대한 정확한 파악이 힘들어 돌봄 사각지대 형성의 문제가 있다. 그리고 장기요양등급을 받지 못하고 비공식 돌봄 자원이 부족한 경우 요양병원에 입원하는 ‘사회적 입원’이 발생하는데 요양시설은 인정등급이 필요하지만 요양병원은 의사 진단서로 입원이 가능하기 때문이다.

이로 인해 특이하게 우리나라에서 요양시설에 비해 요양병원에 경증환자가 더 많이 나타난다. 사회적 입원이 장기화되면 근육 손실을 야기 시키며 파킨슨, 치매 발병률을 높인다고 설명한다. 장기입원은 결국 노인으로 하여금 다시 지역으로 돌아가는 것을 불가능하게 하는 위험이 높아진다(황도경 et al., 2015).

장기요양보험 등급 외의 노인에 대해 주로 서비스 제공을 하는 노인돌봄서비스의 경우 지자체, 민간 등에서 제각기 시작되면서 이용 및 연계가 더욱 어려운 경향이 있다는 연구 결과가 있다(전용호, 2018). 또한 2018년 사회서비스 만족도 조사에 의하면 노인돌봄종합서비스는 적시성과 친절성이 평균보다 높게 나타났으나 전반적 만족도가 낮아 돌봄 제공 인력의 전문성을 강화해야 할 필요성이 제기되었다. 노인돌봄서비스 일환으로 제공하고 있는 단기가사간병서비스의 경우 상급병원에서 조기퇴원하면 의료사회복지사에 의해 의뢰가 되기도 하지만 아직 질병 코드가 한정적이며 이용 시간이 충분하지 않고 서비스내용도 간병에 적합하지 않다는 결과도 있다(보건복지부, 2018a). 이외 노인돌봄서비스의 경우 노인의 삶의 만족도와의 선행연구가 부족한 상황이다.

3) 우리나라 돌봄 유형 간의 관계

공식 돌봄과 비공식 돌봄 간 관계를 설명한 모델에는 1) 대체모델(substitution model) 2) 과업모델(task specific model) 3) 보충모델(supplementary model) 4) 위계적 보상모델(hierarchical compensatory model) 5) 보완모델(complementary model) 이 있다.

대체모델(substitution model)은 두 돌봄이 대체제 관계에 있어 공식 돌봄 혹은 비공식 돌봄을 이용하게 되면 다른 돌봄이 감소한다고 본다. 과업모델(task specific model)은 각 돌봄마다 수행하는 과업이 다르다고 본다. 보충모

델(supplementary model)은 비공식 돌봄 자원을 초과할 때 공식 돌봄을 이용하게 되며 두 돌봄의 양이 함께 늘어난다고 본다. 위계적 보상모형(hierarchical compensatory model)은 Cantor (1979)에 의해 제시되었으며 배우자, 자녀, 친구, 공식 돌봄 순으로 선호하며 공식 돌봄은 비공식 돌봄 자원이 소진되었을 때 이용한다고 주장한다. 마지막 보완모델(complementary model)은 보충모델과 보상모델이 합쳐진 개념으로 비공식 돌봄 자원이 부족하거나 비공식 돌봄 자원이 있으나 의료적 욕구가 높은 경우 공식 돌봄을 이용한다고 본다(Chappell et al., 1991). 이 경우 비공식 돌봄 제공자가 제공할 수 없는 역할을 보완하기 위해 공식 돌봄을 이용하기에 공식 돌봄만 이용하는 경우는 드물다.

선행연구에 따르면 우리나라 돌봄 유형은 위계적 보상관계(hierarchical compensatory relationship)에 있다. 함선유 외. (2017)는 한국고령화연구패널 5차(2014년)를 이용하여 분석한 결과 공식 돌봄 이용 시 비공식 돌봄을 이용하는 시간이 유의하게 감소하였으며 동거하는 자녀가 있을 경우 비공식 돌봄을 이용이 증가해 공식 돌봄은 비공식 돌봄 자원이 부족할 경우 보상하는 관계에 있다고 보았다. 예외적으로 공식 돌봄만 받는 경우는 가족 돌봄을 제공할 환경이 조성되지 않아 불가피하게 현실적 수단으로 이용하는 것이라고 설명한다.

그리고 이승호 외. (2018)는 한국고령화연구패널 2차-6차(2008년 ~ 2016년)를 사용하여 종단적 변화를 분석했는데 그 결과 위계적 보상모델을 지지했다. 공식 돌봄 서비스를 중도에 중단하는 사례가 상당 수 발생하며 중단 이후 비공식 돌봄(가족) 이용 시간과 돌봄 제공자 수가 크게 증가하는 행태가 나타나는데 이를 통해 우리나라 노인은 공식 돌봄에 비해 비공식 돌봄을 선호하는 것을 알 수 있다고 설명한다.

4) 커뮤니티 케어와 Ageing in (right) Place

현재 정부는 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’의 실현을 위해 지역사회가 개별 욕구를 파악하고 개별 상황에 맞는 서비스를 구축하는 AIP(Aging in Place)를 지향하는 ‘커뮤니티 케어(community care)’를 내세웠다(보건복지부, 2018b). 커뮤니티 케어는 돌봄을 필요로 하는 노인들이 지역사회 내에서 개별화된 돌봄 서비스를 받으며 연령, 소득, 기능과 관계없이 안전하고 주체적인 삶을 살아가는 개념이며 돌봄 욕구에 대한 탄력적이고 복합적으로 대응하는 방안으로 제시된 것이다. 하지만 복지재원부담 해결을 위한 방법으로 제시되기도 하여 현 정부에서 재정부담 해결을 위해 민간자원에 의존도가 높아지는 것이 비판받고 있다(김보영, 2017).

우리나라의 경우 현재 75세 이상의 고령노인 수의 증가, 노인의 1인 부부가구의 지속적인 증가, 베이비부머(1955년생~1963년생)의 노령화, 돌봄 의식에 대한 세대 간 격차, 기대수명과 건강수명의 차이 증가 등의 추세로 노인 돌봄의 욕구가 지속적으로 증가하고 있다. 그러나 통계청 사회조사 결과에 따르면 60세 이상 노인 중 24.9%가 ‘몸이 아파 집안일을 부탁해야 할 경우’ 도와줄 수 있는 사람이 없다고 답하는 등 비공식 돌봄 제공에 핵심적인 노인의 사회적 관계가 시간이 갈수록 취약해질 것이라는 것을 시사한다.

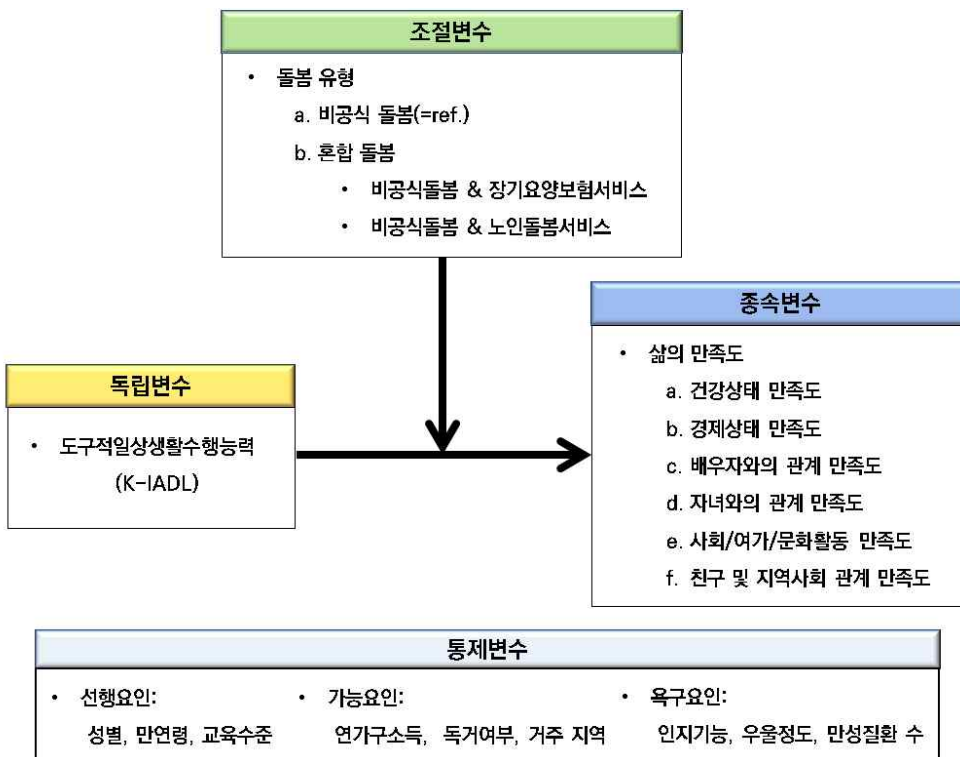
진정한 AIP를 위해서는 비공식 돌봄 제공자와 지속적으로 돌봄과 의료서비스를 제공할 수 있는 사회적지지체계가 필수적이다(박세경, 2020). 분절적 서비스 제공은 돌봄의 대상자와 돌봄 제공자의 만족도에 부정적 영향을 미쳐 노인의 욕구에 기반을 둔 연속적인 돌봄 서비스를 제공’하는 것이 매우 중요한 것이다(Kerber et al., 2007). 따라서 효과적인 커뮤니티 케어가 시행되기 위해서는 사회적으로 고립되어 돌봄 제공자의 부재하거나, 거주환경이 기능 상태에 부적절하거나, 사회적 지지체계가 미흡한 지역에 거주할 경우에는 지역사회로 무조건 돌려보내는 것이 아닌 개별 상황에 적절한 돌봄을 받을 수 있는 곳으로 연계하여 ‘Ageing in RIGHT place’를 지향해야한다(Tesch-Römer et al., 2017; WHO, 2015).

제 3 장 연구 설계

제 1 절 연구모형

본 연구는 돌봄을 받고 있는 노인의 도구적일상생활수행능력(K-IADL)이 영역별 삶의 만족도에 영향을 미치며 이를 돌봄 유형이 조절한다고 설정하였다. 이 외 선행요인(인구·사회학적특성), 가능요인(경제·사회학적 요인), 욕구요인(생리학적·심리적 요인)을 통제하였다. 연구의 목적을 달성하기 위해 <그림7>과 같이 연구모형을 구성하였고 그에 따른 연구문제 및 가설을 다음과 같다.

그림 7 연구모형



제 2 절 연구문제 및 가설

앞선 논의를 바탕으로 1) 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하에 따라 영역별 삶의 만족도 미치는 영향이 다르게 나타나는지 2) 돌봄 유형이 영역별 삶의 만족도에 미치는 영향이 다르게 나타나는지 3) 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하에 따라 영역별 삶의 만족도에 미치는 영향이 돌봄 유형에 의해 조절되는지에 대한 연구문제를 도출하였고 이에 따른 가설을 제시하고자 한다.

[연구문제1] 도움을 받는 노인의 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 영역별 삶의 만족도에 영향을 미치는가?
--

<가설 1> 도구적일상생활능력(K-IADL)에 따른 기능저하 심할수록 영역별 삶의 만족도에 부(-)적 영향을 미칠 것이다.
--

연구문제 1은 노인의 기능 저하와 영역별 삶의 만족도 간의 관계에 대한 내용이다. 앞서 논의한 선행연구에 따르면 노화에 따른 기능저하에 노인들은 본능적으로 변화에 적응하며 적응하고 이에 따라 기능저하가 삶의 만족도에 미치는 영향이 거의 없다는 연구결과도 존재하지만 대다수가 노인은 노화로 인해 보편적으로 기능저하를 경험하며 노인의 삶의 여러 영역에 부정적인 영향을 미친다는 결과를 제시하였다. 이에 따라 도구적일상생활능력(K-IADL)에 따른 기능저하 심할수록 노인의 삶의 전반에 걸쳐 부정적인 영향을 미칠 것으로 가정하였다.

[연구문제 2] 도움을 받는 노인의 돌봄 유형은 영역별 삶의 만족도에 영향을 미치는가?
<가설 2-1> 비공식 돌봄(단일)에 비해 비공식 돌봄+장기요양보험서비스(혼합)를 받을수록 영역별 삶의 만족도에 정(+)적인 영향을 미칠 것이다.
<가설 2-1> 비공식 돌봄(단일)에 비해 비공식 돌봄+노인돌봄서비스(혼합)를 받을수록 영역별 삶의 만족도에 정(+)적인 영향을 미칠 것이다.

연구문제 2는 노인이 이용하는 돌봄 유형과 영역별 삶의 만족도 간의 관계와 대한 내용이다. 선행연구에 따르면 우리나라 공식 돌봄이 삶의 만족도에 미치는 영향이 다양하게 나타났다. 이에 단일 돌봄 간 삶의 만족도에 미치는 영향 차이보다 단일 돌봄 대비 혼합 돌봄의 차이를 분석하는 것이 바람직하다고 보았다. 또한 우리나라의 경우 돌봄 유형이 위계적 보상관계에 있어 돌봄 초기 비공식 돌봄을 먼저 수급하고 이후 공식 돌봄을 추가로 받는다는 선행연구에 따라 비공식 돌봄(단일) 대비 혼합 돌봄으로 설정하였다. 장기요양보험서비스와 노인돌봄서비스는 지원기준이 상이하여 이 둘을 구분하여 변수를 설정하였다.

돌봄이 필요한 노인에게 대해 비공식 돌봄은 친밀함을 통해 정서적 지지를 중점적으로 수행할 수 있으며 부족함을 느끼는 부분에 대해 공식 돌봄이 전문적인 돌봄을 통해 도구적 지지를 중점적으로 수행할 수 있다. 따라서 비공식 돌봄에 더하여 공식 돌봄이 함께 참여하는 혼합 돌봄(mixed care)은 단일 돌봄에서 나타날 수 있는 돌봄의 불평등 현상을 보완할 수 있으며 더불어 선행연구에 따라 노화로 인한 기능저하에 대한 장애수용을 촉진하여 삶의 긍정적인 영향을 미친다고 가정하였다.

[연구문제3] 도움을 받는 노인의 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 영역별 삶의 만족도에 미치는 영향이 돌봄 유형에 의해 조절되는가?
<가설 3-1> 비공식 돌봄(단일)에 비해 비공식 돌봄+장기요양보험서비스(혼합)를 받을수록 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 영역별 삶의 만족도에 미치는 부(-)적 영향의 크기가 완화될 것이다.
<가설 3-2> 비공식 돌봄(단일)에 비해 비공식 돌봄+노인돌봄서비스(혼합)를 받을수록 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 영역별 삶의 만족도에 미치는 부(-)적 영향의 크기가 완화될 것이다.

연구문제 3은 노인의 기능저하와 삶의 만족도간의 관계를 돌봄 유형이 조절하는지에 대한 내용이다. 앞서 살펴 본 장애역설이론(Disability paradox)에 따르면 돌봄이 필요한 노인에 대한 적절한 사회적 지지는 기능 상실에 대한 적응을 촉진하여 기능저하가 삶의 만족도 미치는 부정적인 영향을 완화한다(Albrecht et al., 1999; 박자경, 2010). 그리고 기능저하 및 개인적 욕구가 반영된 적절한 사회서비스 이용을 하지 않고 사회구조 등 환경적 요소로 인해 어쩔 수 없는 돌봄 유형을 선택하게 될 때 불형평한 이용(inequitable access)이 발생한다고 한다(Andersen, 1995).

본 연구는 공식 돌봄은 비공식 돌봄을 제공받는 노인이 느끼는 부족한 욕구를 충족할 수 있어야 한다고 전제한다. 또한 공식 돌봄은 노인의 선호와 기능저하 정도에 따라 적절한 전문적인 돌봄이 제공되어야 형평한 이용을 하고 있다고 본다. 따라서 혼합 돌봄이 제공될 때 도구적일상생활수행능력에 따른 기능저하가 영역별 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향이 완화하는 돌봄 유형에 따른 조절효과 즉, 장애역설(Disability Paradox)현상이 나타날 것이라는 가설을 세우고자 한다.

제 3 절 연구 자료 및 대상

본 연구는 2007년 1월 노인복지법 제5조 노인실태조사 실시 법제화에 의해 3년마다 실시되는 전국조사인 노인실태조사 2017년도(4번째 법정 조사) 자료를 원자료로 활용하였다. 2017년에 실시된 본 조사는 2010년 인구주택총조사의 조사구 중 기숙사, 특수 시설 조사구, 섬 지역 조사구를 제외한 17개 시·도, 동부/읍·면부별로 층화 2단 집락추출을 통해 표본을 수집하였고 2017년 6월 12일 ~ 8월 28일 동안 934개 조사구의 65세 이상 10,299명(대리응답 226명)에 대한 직접면접조사로 이루어졌다. 노인실태조사는 노인의 일상생활에 미치는 요인을 구체적으로 조사할 수 있도록 질문지를 구성했다는 장점이 있다. 한편 의사소통이 원활하지 않거나 요양시설이나 병원에 장기 입원한 경우 대리응답을 받았으며 기타 어려움으로 인해 모든 조사내용을 조사할 수 없었다는 한계가 있다.

이 중 본 연구 목적에 따라 ‘일상생활수행에 있어 도움받음 여부(D8)’에 ‘예’라고 답한 1863명의 노인 중 측정문항에 대한 결측값을 가진 케이스를 제외한 1712명을 본 연구의 분석대상으로 삼았다. 응답자의 인구사회학적 특성은 <표 5>과 같다. 성별의 경우 여성(68.9%)이 남성에 비해 2배 이상 많으며 연령대는 75세 미만은 10%대, 75세 이상은 20%대로 분포되었다. 교육수준은 중학교졸업이상부터 급격히 비중이 감소하는 것을 볼 수 있다. 결혼상태의 경우 대부분이 배우자가 있으며 결혼(50.8%)하거나 기혼이나 사별한 경우(46.5%)로 나타났다. 가구유형의 경우 노인부부가구(36.6%)가 가장 비율이 높았으며 노인독신가구의 경우 18.4%를 차지했다.

표 5 응답자의 인구사회학적 특성(N=1,712)

구분		빈도(명)	비율(%)
성별	남	532	31.1
	여	1180	68.9
만연령	65~69세	217	12.7
	70~74세	251	14.7
	75~79세	401	23.4
	80~84세	394	23
	85세 이상	449	26.2
교육수준	무학(글자모름)	389	22.7
	무학(글자해독)	437	25.5
	초등학교	477	27.9
	중학교	188	11
	고등학교	157	9.2
	대학(4년 미만)	7	0.4
	대학교이상	57	3.4
결혼상태	미혼	12	0.7
	유배우(기혼)	871	50.8
	사별(기혼)	796	46.5
	이혼(기혼)	28	1.6
	별거(기혼)	7	0.4
가구유형	노인부부가구	628	36.6
	자녀동거노인가구	603	35.2
	노인독신가구	315	18.4
	노인부부가구(1인만노인)	44	2.6
	노인독신과 미혼 손자녀	30	1.8
	요양시설 거주 요양병원 장기(3개월 이상)입원	29	1.7
	노인 부부와 미혼 손자녀	20	1.1
	기타	43	2.5

제 4 절 변수 설정

1. 독립변수: 도구적일상생활능력(K-IADL)

한국형 도구적일상생활수행능력(K-IADL) 척도는 Katz의 도구적일상생활수행능력(IADL)의 측정문항을 원장원 et al. (2002)이 한국 노인에 맞추어 개발한 측정도구이며 선행연구에 의해 내적일관성과 신뢰도가 검증되었다(Won et al., 2002). 본 연구에서 Cronbach's alpha는 9.06으로 나타났다.

총점 33점을 기준으로 10개의 하위항목의 점수를 합산한다. 하위문항 1번부터 7번까지는 완전자립(=1점), 적은부분도움(=2점), 완전도움(=3점)으로 평가하며 8번부터 10번까지는 완전자립(=1점), 적은 부분 도움(=2점), 많은 부분 도움(=3점), 완전도움(=4점)으로 구분하여 평가한다. 점수가 높아질수록 기능 저하가 심해져 돌봄의 욕구가 커지는 것으로 해석한다.

독립변수인 도구적일상생활수행능력(K-ADL)은 총점 33점 기준으로 연구 대상자의 평균점수는 15.9점(SD=4.8)로 분석되었다. 도구적일상생활능력(K-IADL) 하위 문항별 응답사항에서 완전 자립 비율을 보면 제시간에 정해진 양의 약 챙겨먹기 (82.1%), 몸단장(76.0%), 근거리 외출(71.5%), 물건 구매 결정 돈 지불 거스름돈 받기 (70.9%), 금전관리(57.5%), 전화 걸고 받기 (47.2%), 빨래(34.1%), 교통수단이용하기(32.1%), 식사준비(32.0%), 집안일 (26.2%) 순으로 낮아지는 것을 볼 수 있다.

또한 완전 도움이 필요한 비율을 기준으로 보면 식사준비(13.5%), 빨래 (12.8%), 집안일(12.3%), 금전관리(10.6%), 물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기(4.1%), 전화 걸고 받기(3.7%)=제시간에 정해진 양의 약 챙겨먹기 (3.7%), 몸단장(3.0%), 근거리 외출(2.1%), 교통수단이용하기(1.9%) 순으로 나타난다.

표 6 독립변수 하위문항별 기술통계분석(N=1,712)

빈도(%)

	하위문항	완전자립	부분도움		완전도움
			적은부분 도움	많은부분 도움	
1	몸단장	1301(76.0)	359(21.0)	-	52(3.0)
2	제시간에 정해진 양의 약 챙겨먹기	1405(82.1)	244(14.2)	-	63(3.7)
3	집안일	448(26.2)	1053(61.5)	-	211(12.3)
4	식사준비	549(32.0)	933(54.5)	-	231(13.5)
5	빨래	584(34.1)	908(53.1)	-	220(12.8)
6	금전관리	985(57.5)	546(31.9)	-	182(10.6)
7	근거리 외출하기	1224(71.5)	453(26.4)	-	35(2.1)
8	물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기	1213(70.9)	295(17.2)	133(7.8)	71(4.1)
9	전화 걸고 받기	808(47.2)	713(41.6)	129(7.5)	63(3.7)
10	교통수단 이용하기	549(32.1)	749(43.8)	381(22.2)	33(1.9)

2. 조절변수: 돌봄 유형(공식, 비공식, 혼합)

본 연구에서는 OECD와 WHO의 기준을 반영하여 동거가족원 혹은 비동거 가족원 혹은 친척·이웃·친구·지인에게만 돌봄을 받고 있는 경우를 비공식 돌봄(단일)(=ref.)로 정의하여 기준으로 삼았다. 그리고 혼합 돌봄 중에서 비공식 돌봄과 함께 장기요양보험서비스(요양보호사 등)를 받고 있는 집단을 ‘더미변수1’로 설정하고 비공식 돌봄과 함께 노인돌봄서비스(가사간병서비스 등 각종 공공 돌봄 서비스)를 받고 있는 집단을 ‘더미변수2’로 설정했다.

조절변수인 돌봄 유형별 분포를 살펴보면 비공식 돌봄(단일)은 1417명(82.7%), 비공식 돌봄+장기요양보험서비스(혼합)는 255명(14.9%), 비공식 돌봄+노인돌봄서비스(혼합)는 41명(2.4%)으로 도출되었으며 돌봄 유형 중에서 단일 돌봄인 비공식 돌봄을 받는 인원이 가장 많은 것으로 나타났다.

표 7 조절변수 하위문항별 기술통계분석(N=1,712)

변수		빈도(명)	비율(%)
돌봄 유형	비공식돌봄(단일)	1417	82.7
	비공식돌봄+장기요양보험(혼합)	255	14.9
	비공식돌봄+노인돌봄(혼합)	41	2.4
전체		1712	100

3. 종속변수: 영역별 삶의 만족도

삶의 만족도는 여러 영역을 구분하여 측정하는 것이 바람직하다는 선행연구에 따라 삶의 만족도를 여섯 영역(건강, 경제, 배우자와의 관계, 자녀와의 관계, 사회/여가/문화활동, 친구 및 지역사회와의 관계)으로 구분하여 분석한다. 이들 변수를 ‘매우 좋음(5점)’ ~ ‘매우 나쁨(1점)’으로 역코딩 하였고 점수가 높을수록 각 영역에 대한 노인의 만족도가 높은 것으로 해석한다. 종속변수인 영역별 삶의 만족도 총점 5점을 기준으로 보았을 때 건강상태만족도 평균2.2(SD=0.9)가 가장 낮았으며 자녀와의 관계 만족도 평균3.8(SD=0.7)이 가장 높았다.

표 8 종속변수 하위문항별 기술통계분석(N=1,712)

빈도(%)

	삶의 만족도					
	건강상태	경제상태	배우자와 의 관계	자녀와의 관계	사회/여가 /문화활동	친구 지역사회 관계
평균(SD)	2.2(0.9)	2.7(0.9)	3.6(0.7)	3.8(0.7)	2.8(0.9)	3.1(0.9)
매우 만족하지않음	310 (20.3)	120 (7.9)	5 (0.7)	15 (1.0)	100 (6.6)	75 (4.9)
만족하지않음	761 (49.9)	576 (37.7)	55 (7.1)	73 (4.9)	473 (31.0)	330 (21.6)
그저 그렇다	253 (16.6)	540 (35.4)	206 (26.6)	297 (19.8)	546 (35.8)	509 (33.4)
만족함	193 (12.7)	289 (18.9)	451 (58.2)	968 (64.5)	384 (25.2)	576 (37.7)
매우 만족함	8 (0.5)	1 (0.1)	58 (7.4)	147 (9.8)	22 (1.4)	37 (2.4)

4. 통제변수(선행요인, 가능요인, 욕구요인)

선행연구에 의거하여 독립변수 외에 노인의 돌봄 유형 선택과 영역별 삶의 만족도에 영향을 미치는 선행요인(성별, 만연령, 교육수준,), 가능요인(가구소득, 독거여부, 거주 지역), 욕구요인(인지수준저하여부(MMSED-S), 우울증상여부(SGDS-K), 만성질환 수를 <표9>와 같이 설정하였다.

성별의 경우 남성(=1), 여성(=2), 교육수준의 경우 무학(=1), 초등학교 졸업(=2), 중학교 졸업 이상(=3), 독거여부의 경우 비독거(=0), 독거(=2), 거주지역의 경우 농어촌(=0), 도시(=1)로 설정했다. 만연령 및 만성질환 수는 연속변수로 사용했으며 연가구소득의 경우 로그를 씌운 값을 산출하여 사용했다. 우울여부의 경우 단축형 노인우울척도(SGDS) 산출기준에 따라 0~7점을 정상(=0), 8점 이상을 우울함(=1)으로 산출했다. 인지저하여부의 경우 치매선별용

한국어판 간이정신상태 검사(MMSE-DS)를 사용했으며 치매여부를 산출기준이 성별, 연령, 교육수준에 따라 달라져 연속변수로 설정했으며 역코딩하여 점수가 높을수록 인지저하가 심해지는 것으로 해석한다.

선행요인 중 성별의 경우 남성이 31.1%, 여성이 68.9%로 여성이 더 많은 비율을 차지하며 평균연령은 79.2(SD=7.4)이다. 교육수준은 무학(48.2%), 초등학교 졸업(27.9%), 중학교 졸업 이상(23.9%)로 나타나 무학의 비중이 제일 높았다. 가능요인 중 연가구소득 평균은 2463.3(SD=2126.2)으로 나타났다. 그리고 독거(18.4%)에 비해 독거가 아닌 비율(81.6%)이 높았고 농어촌(34.1%)에 비해 도시(66.9%)에 거주하는 노인이 많게 나타났다. 욕구 요인 중 역코딩한 인지기능은 평균 9.0점(SD=4.7)으로 나타났다. 대상자의 56.1%는 우울증상이 없으며 만성질환은 평균 3.6개(SD=1.9) 보유하고 있는 것으로 나타났다.

표 9 통제변수 하위문항별 기술통계분석(N=1,712)

	변수	구분	빈도(명)	비율(%)	평균(SD)
선행 요 인	성별	남	532	31.1	
		여	1180	68.9	
	만연령				79.2(7.4)
	교육수준	무학	825	48.2	
		초등학교 졸업	477	27.9	
		중학교 졸업	410	23.9	
		이상			
가 능 요 인	연가구소득				2463.3(2126.2)
	독거여부	비독거	1397	81.6	
		독거	315	18.4	
	거주지역	도시	1128	65.9	
		농어촌	585	34.1	
욕 구 요 인	인지기능 (n=1517)				9.0(4.7)
	우울증상여부 (n=1526)	정상	856	56.1	
		우울	670	43.9	
		만성질환 수			

표 10 주요 변수 설정

구분	변수명		측정 항목
통제 변수	선행 요인	성별	남성=1, 여성=2
		만연령	연속변수
		교육수준	무학=1, 초등학교 졸업=2, 중학교 졸업이상=3
	가능 요인	독거 여부	비독거=0, 독거=1
		거주 지역	농어촌=0, 도시=1
		연가구소득	연가구소득에 로그를 씌운 값
	욕구 요인	우울 여부	<ul style="list-style-type: none">단축형 노인우울척도(SGDS)사용정상(0~7점)=0, 우울함(8점 이상)=1
		인지저하 여부	<ul style="list-style-type: none">치매선별용 한국어판 간이정신상태 검사(MMSE-DS)사용(0~30점)연속변수
		만성질환 수	연속변수
독립 변수		도구적일상 생활수행능 력	<ul style="list-style-type: none">한국판 도구적일상생활수행능력 척도 (K-IADL)총점: 33점
조절 변수	돌봄 유형	비공식돌봄 (단일)(=ref.)	<ul style="list-style-type: none">동거가족원 or 비동거가족원 or친척, 이웃, 친구, 지인에게만 돌봄을 받고 있는 경우 합산
		혼합돌봄 (더미변수)	<ul style="list-style-type: none">비공식돌봄과 공식돌봄을 함께 받고 있는 경우▷ 더미변수1:비공식돌봄+장기요양보험서비 스(요양보호사 등)▷ 더미변수2:비공식돌봄+노인돌봄서비 스(가사간병서비스 등 각종 공공 돌봄 서비스)
종속 변수	삶의 만족 도		<ul style="list-style-type: none">건강상태만족도(1~5점)경제상태(1~5점)배우자와의관계(1~5점)자녀와의관계(1~5점)사회/여가/문화활동(1~5점)친구 및 지역사회와의 관계(1~5점)

제 5 절 분석 방법

본 연구에서는 도구적일상생활능력(K-IADL)이 영역별 삶의 만족도에 영향을 미치는데 있어 돌봄 유형(비공식, 혼합1, 혼합2)의 조절효과 검증을 위해 SPSS 23.0 프로그램을 사용하였다. 더미변수와 상호작용항은 분산팽창계수 (variance inflation factor, VIF)가 높게 나타날 위험이 있다. 이에 다중공선성 문제로 평균중심화를 진행하기도 하지만 변수가 더미변수이거나 상호작용항의 경우 이들의 p-value가 다중공선성에 의해 영향을 받지 않기 때문에 평균중심화를 할 필요가 없다는 연구들이 다수 존재한다(Allison, 2012; 고길곤, 2014; 이형권, 2016). 따라서 본 연구에서는 변수에 따른 평균중심화를 하지 않고 분석을 진행하였다. 본 연구 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 인구사회학적 특징 및 주요변수 특성 파악을 위해 기술통계분석, 빈도분석, 교차분석을 실시하였다.

둘째, 주요 변수의 특성 파악 및 차이검증을 위해 빈도분석, 평균분석, 교차분석, 일원분산분석을 실시했다.

셋째, 본 연구에서 사용하는 주요 변수들 간의 상관관계 파악 및 다중공선성 문제를 살펴보기 위해 이변량 상관분석을 실시하였다.

넷째, 연구모형 검증을 위해 다중회귀분석을 실시하였고 조절효과 그래프작성을 위해 일변량 분석을 실시하였다.

제 4 장 분석 결과

제 1 절 연구 대상자의 일반적 특성

1. 돌봄 유형별 특성

본 연구의 연구대상자의 돌봄 유형별 일반적 특성을 살펴보기 위해 교차분석을 실시하였으며 분석결과는 <표11>와 같다. 먼저 선행요인을 살펴보면 남성과 여성의 돌봄 유형은 고르게 구성되어 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서 만 연령을 연속변수로 설정하였으나 임의로 5세씩 범주화하여 살펴본 결과 연령대가 높아질수록 비공식 돌봄의 비중은 감소하고 혼합 돌봄의 증가하는 것을 발견할 수 있었다. 그리고 교육수준의 경우 혼합 돌봄(+노인돌봄)의 중학교 졸업 이상의 비율이 유의하게 낮은 것을 알 수 있다.

가능요인 중 연가구소득 평균을 살펴보면 혼합 돌봄(+노인돌봄)의 값이 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 그리고 혼합 돌봄(+노인돌봄)에서 독거노인의 비중이 높은 것을 볼 수 있다. 거주지역의 경우 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

마지막으로 욕구요인을 살펴보면 인지기능저하가 비공식 돌봄, 혼합 돌봄(+장기요양보험), 혼합 돌봄(+노인돌봄) 순으로 심해지는 것을 볼 수 있다. 우울 증상 여부를 분석한 결과 비공식 돌봄의 비중은 낮고 혼합 돌봄(+장기요양보험, +노인돌봄)의 비중은 유의하게 높았다. 만성질환 수는 혼합 돌봄(+노인돌봄), 비공식 돌봄, 혼합 돌봄(+장기요양보험) 순으로 증가하였다.

표 11 돌봄 유형별 연구 대상자의 일반적 특성 교차분석

		비공식돌봄 (n=1417)	혼합 돌봄		χ^2
			+장기요양 보험 (n=255)	+노인돌봄 (n=41)	
성 별	남	442(83.1)	81(15.2)	9(1.7)	1.663
	여	974(82.5)	174(14.7)	32(2.7)	
만연령	65~69세	197(90.8)	11(5.1)	9(4.1)	46.99 (p<.001)
	70~74세	220(87.6)	27(10.8)	4(1.6)	
	75~79세	341(85.3)	56(14.0)	3(0.8)	
	80~84세	321(81.3)	63(15.9)	11(2.8)	
	85세이상	338(75.1)	98(21.8)	14(3.1)	
	(평균,SD)	78.7(7.3)	81.8(7.1)	79.8(9.4)	
교육수준	무학	713(86.4)	94(11.4)	18(2.2)	23.778 (p<.001)
	초등학교 졸업	373(78.0)	87(18.2)	18(3.8)	
	중학교 졸업 이상	331(80.7)	75(18.3)	4(1.0)	
연가구소득	(평균,SD)	2448 (-2,112.80)	2663.5 (-2,286.60)	1740.5 (-1200.4)	-
독거여부	비독거	1158(82.9)	214(15.3)	25(1.8)	12.518 (p<0.01)
	독거	259(82.0)	41(13.0)	16(5.1)	
거주지역	농어촌	491(84.1)	80(13.7)	13(2.2)	1.097
	도시	925(82.1)	175(15.5)	27(2.4)	
인지기능	(평균,SD)	8.9(4.7)	9.9(4.7)	9.0(5.5)	-
우울증상 여부	정상	775(90.5)	65(7.6)	16(1.9)	29.302 (p<.001)
	우울	543(81.0)	107(16.0)	20(3.0)	
만성질환 수	(평균,SD)	3.5(1.9)	3.9(1.9)	3.4(1.9)	-

2. 돌봄 유형별 주요 비공식 돌봄 제공자 분석

연구대상자의 주 돌봄 제공자(비공식) 현황을 알아보기로 <표12>와 같이 빈도분석을 실시하였다. 전체적으로 보았을 때 배우자(40.4%), 장녀(19.9%), 장남의 배우자(10.3%), 장남(8.2%), 차녀(6.6%), 삼녀 이상(3.9%), 차남의 배우자(3.1%), 차남(1.8%), 여자형제(1.2%) 순으로 나타나는 것을 알 수 있다. 세부 돌봄 유형별 주 돌봄 제공자의 비중 순서는 같고 선행연구에서 밝힌 것과 같이 노인의 돌봄은 가정 내 여성이 주로 담당하고 있다는 것을 알 수 있다.

표 12 돌봄 유형별 주요 비공식 돌봄 제공자 현황 빈도분석

빈도(%)

		돌봄 유형			전체
		비공식돌봄 (단일)	비공식돌봄 +장기요양보험 (혼합)	비공식돌봄 +노인돌봄 (혼합)	
1순위	배우자	140(39.5)	59(41.3)	8(50.0)	207(40.4)
2순위	장녀	69(19.5)	30(21.0)	3(18.8)	102(19.9)
3순위	장남의 배우자	34(9.6)	17(11.9)	2(12.5)	53(10.3)
4순위	장남	32(9.0)	10(7.0)	0(0.0)	42(8.2)
5순위	차녀	26(7.3)	8(5.6)	0(0.0)	34(6.6)
6순위	삼녀 이상	14(4.0)	6(4.2)	0(0.0)	20(3.9)
7순위	차남의 배우자	12(3.4)	3(2.1)	1(6.3)	16(3.1)
8순위	차남	6(1.7)	3(2.1)	0(0.0)	9(1.8)
9순위	여자형제	3(0.8)	2(1.4)	1(6.3)	6(1.2)
10순위	기타	18(5.1)	5(3.5)	1(6.3)	24(4.7)

3. 돌봄 유형별 돌봄의 충분도 분석

돌봄 유형에 따른 돌봄의 충분도를 분석하기 위해 <표13>와 같이 평균분석과 교차분석을 실시하였다. ‘돌봄이 부족하다’ 혹은 ‘돌봄이 매우 부족하다’라고 답한 비율이 비공식 돌봄(11.6%)에 비해 두 혼합 돌봄이 각각 23.2%, 22.9%로 2배가량 높게 나타났다.

표 13 돌봄 유형별 돌봄의 충분도 평균분석 및 교차분석

빈도(%)

		돌봄 유형			전체
		비공식돌봄 (단일)	비공식돌봄 +장기요양보험 (혼합)	비공식돌봄 +노인돌봄 (혼합)	
평균(SD)		3.6(0.8)	3.4(0.9)	3.2(1.0)	3.6(0.8)
돌 봄 의 충 분 도	매우 부족하다(=1)	16(1.2)	4(2.3)	1(2.9)	21(1.4)
	부족하다	137(10.4)	36(20.9)	7(20.0)	180(11.8)
	보통이다	270(20.5)	29(16.9)	12(34.3)	311(20.4)
	충분하다	805(61.1)	98(57.0)	13(37.1)	916(60.1)
	매우 충분하다(=5)	89(6.8)	5(2.9)	2(5.7)	96(6.3)
전체		1317(100.0)	172(100.0)	35(100.0)	1524(100.0)
$X^2=29.789, p<.001$					

4. 도구적 일상생활수행능력에 따른 돌봄을 받지 않는 이유 분석

본 연구는 도움을 받고 있는 노인을 대상으로 하지만 돌봄을 받고 있지 않은 노인 743명에 대해 돌봄을 받지 않는 이유가 무엇인지 알아보고자 빈도분석을 실시하였다. 전체적으로 보았을 때 45.4%가량이 기능저하가 심하지 않아 돌봄이 필요 없는 것으로 나타났다. 하지만 53.5%가 돌봄이 필요하나 가족에게 부담이 되고 싶지 않거나 돌봐줄 사람이 없어 돌봄을 받지 못하는 것으로 나타났다. 이는 공식 돌봄이 비공식 돌봄에 대한 부담을 경감하지 못한다는 인식과 함께 공식 돌봄이 노인에게 탄력적으로 수급되지 못한다는 것을 알 수 있다.

표 14 돌봄을 받지 않는 이유

	IADL 점수		전체
	10~15점	16~20점	
필요 없어서	338(46.7)	0(0.0)	338(45.5)
필요하지만, 가족 등에게 부담을 주고 싶지 않아서	184(25.4)	8(42.1)	192(25.8)
필요하지만, 도와줄 사람이 없어서	198(27.3)	8(42.1)	206(27.7)
필요하지만, 비용이 부담될 것 같아서	4(0.6)	2(10.5)	6(0.8)
기타	0(0.0)	1(5.3)	1(0.1)
전체	724(100.0)	19(100.0)	743(100.0)

제 2 절 주요 변수 분석

1. 도구적일상생활수행능력에 따른 영역별 삶의 만족도

노인의 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 나타남에 따라 영역별 삶의 만족도의 평균의 변화를 분석하기 위해 본 연구에서 연속변수로 설정한 독립변수를 5개의 범주로 나누어 평균분석을 <표15>와 같이 실시하였으며 <그림8>에 시각화 하여 나타내었다.

그 결과, 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하에 따라 건강상태만족도, 사회/여가/문화활동 만족도, 친구 및 지역사회와의 관계 만족도는 감소하는 것으로 나타났다. 반면, 경제상태만족도 및 자녀와의 관계 만족도는 감소하다가 다시 증가하는 U-shape로 나타났다. 그리고 배우자와의 관계만족도 기능저하에 따라 증가하는 것으로 나타났다.

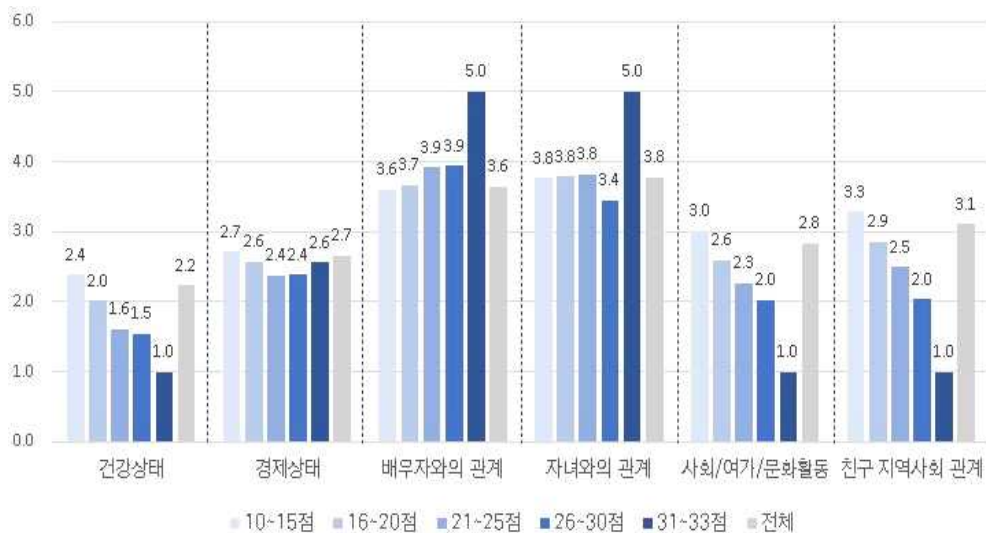
표 15 도구적일상생활수행능력에 따른 영역별 삶의 만족도(평균)

평균(SD)

		삶의 만족도					
		건강	경제	배우자	자녀	사회/여가 /문화활동	친구 지역사회
평균 점수(SD)		2.2(0.9)	2.7(0.9)	3.6(0.7)	3.8(0.7)	2.8(0.9)	3.1(0.9)
↓ 기능 저하	10~15	2.4(0.9)	2.7(0.9)	3.6(0.7)	3.8(0.7)	3(0.9)	3.3(0.9)
	16~20	2(0.9)	2.6(0.9)	3.7(0.8)	3.8(0.8)	2.6(0.9)	2.9(1.0)
	21~25	1.6(0.7)	2.4(0.9)	3.9(0.7)	3.8(0.6)	2.3(0.9)	2.5(0.9)
	26~30	1.5(0.7)	2.4(0.9)	3.9(0.5)	3.4(0.9)	2(0.8)	2(0.8)
	31~33	1(0.0)	2.6(0.8)	5(0.0)	5(0.0)	1(0.0)	1(0.0)

노인의 기능저하는 영역별 삶의 만족도에 상이하게 영향을 주며 이를 통해 대다수의 선행연구들에서 전반적인 삶의 만족도만으로 노인의 삶을 분석하는 것이 바람직하지 않다는 것을 알 수 있었다. 따라서 Rudinger et al. (1990)의 상향확산이론(Bottom-up theories)에 따라 노인의 삶의 만족도를 여섯 영역으로 구분한 분석을 통해 보다 전반적인 노인의 삶의 만족도를 정확히 이해할 수 있을 것이라고 생각한다.

그림 8 도구적일상생활수행능력에 따른 영역별 삶의 만족도(평균)



2. 기능저하(도구적일상생활수행능력, 인지기능)에 따른 돌봄 유형 차이분석

도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 심해짐에 따라 돌봄 유형 비율의 변화가 나타나는지를 분석하고자 연구모형에서는 연속변수로 설정한 도구적일상생활수행능력(K-IADL)과 인지기능을 범주화하여 <표16>와 같이 교차분석을 실시하였고 그 결과를 <그림9>로 시각화하여 나타났다. 인지기능의 경우 인지저하가 돌봄 지원 기준에 반영되지 못한다는 선행연구에 따라 비교하고자 부가적으로 진행했다.

표 16 기능저하(K-IADL, 인지기능)에 따른 범주별 돌봄 유형 교차분석

빈도(%)

		돌봄 유형			전체
		비공식돌봄 (단일)	+장기요양보험 (혼합)	+노인돌봄 (혼합)	
	10~15	973(95.2)	33(3.2)	16(1.6)	1022(100.0)
	16~20	337(75.2)	95(21.2)	16(3.6)	448(100.0)
	21~25	65(48.5)	63(47.0)	6(4.5)	134(100.0)
	26~30	27(37.0)	44(60.3)	2(2.7)	73(100.0)
기능저하	31~33	16(43.2)	20(54.1)	1(2.7)	37(100.0)
전체		1418(82.7)	255(14.9)	41(2.4)	1714(100.0)
$X^2=412.280, p<.001$					
	26~30	378(88.1)	40(9.3)	11(2.6)	429(100.0)
	21~25	451(87.2)	53(10.3)	13(2.5)	517(100.0)
	16~20	361(86.0)	54(12.9)	5(1.2)	420(100.0)
	11~15	109(77.9)	25(17.9)	6(4.3)	140(100.0)
인지저하	5~10	10(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	10(100.0)
전체		1309(86.3)	172(11.3)	35(2.3)	1516(100.0)
$X^2=15.989, p<.05$					

도구적일상생활수행능력에 따른 기능저하가 심해짐에 따라 돌봄 유형에 변화가 있었다. 도구적일상생활수행능력이 경미하게 저하된 그룹(10~15점)에서는 비공식 돌봄(95.2%)로 돌봄 유형별 가장 높았으며 기능이 저하됨에 따라 비율이 감소하였다. 반면 기능이 저하됨에 따라 혼합 돌봄(비공식 돌봄+장기요양보험)의 비중이 상승하는데 기능저하가 가장 심한 그룹(31~33점)에서 그의 비율이 54.1%로 돌봄 유형별 가장 많은 비중을 차지하고 있다. 혼합 돌봄(비공식 돌봄+노인돌봄)의 경우 기능저하에 따라 비율이 상승하다가 다시 감소하는 것을 알 수 있다.

본 연구 결과를 통해 우리나라 돌봄 유형이 위계적 보상관계에 있다는 선행 연구를 지지할 수 있다. 다만, 이는 장기요양보험에 해당하며 노인돌봄서비스의 경우 기능저하에 따른 욕구를 충족하지 못하거나 지원기준이 이를 반영하지 못하는 것으로 추론 할 수 있다. 또한 인지기능저하에 따라서는 돌봄 유형의 변화가 미미하게 나타나 치매 등 인지저하에서 기인한 돌봄 욕구를 공식돌봄이 탄력적으로 반영하지 못하고 있다는 것을 알 수 있다.

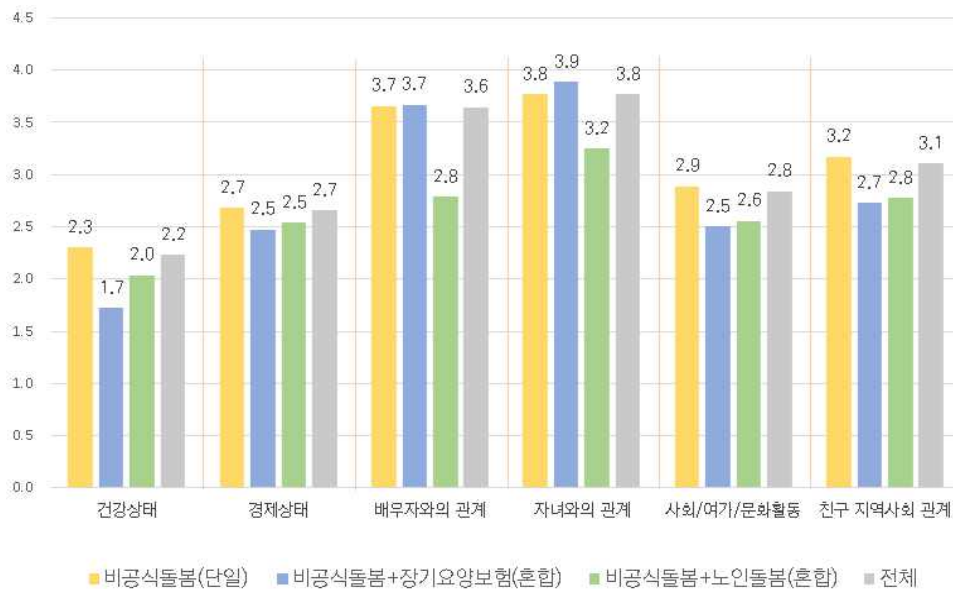
그림 9 도구적일상생활수행능력 범주별 돌봄 유형 비율(%)



3. 돌봄 유형별 삶의 만족도 차이 검증

본 연구대상자의 세 가지 돌봄 유형에 따른 영역별 삶의 만족도의 평균의 차이를 알아보고 유의성을 검증하기 위해 일원분산분석을 실시하였다. 등분산이 아닌 이분산으로 나타나 Welch's 분산분석(Welch's ANOVA)을 실시하였고 사후 분석으로는 Games-Howell 방법을 사용하였다(고길곤 외., 2015). 평균의 차이는 <그림10>에 제시했으며 평균차이의 유의성 분석은 <표17>와 같다.

그림 10 돌봄 유형별 영역별 삶의 만족도 평균비교



돌봄 유형에 따라 건강상태만족도($F=31.874$, $p<.001$), 경제상태만족도($F=4.591$, $p=.01$), 배우자와의 관계만족도($F=8.484$, $p<.001$), 자녀와의 관계만족도($F=11.083$, $p<.001$), 사회/여가/문화 만족도($F=15.126$, $p<.001$), 친구 및 지역사회와의 관계 만족도($F=19.91$, $p<.001$)에 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다.

사후분석 결과 경제상태만족도, 경제상태만족도, 사회/여가/문화 만족도의 경우 ‘비공식 돌봄+장기요양보험(혼합)’ 대비 ‘비공식 돌봄(단일)’의 만족도가 유의하게 더 높은 것으로 나타났다. 자녀와의 관계 만족도의 경우 ‘비공식 돌봄+노인돌봄(혼합)’, ‘비공식 돌봄+장기요양보험(혼합)’, ‘비공식 돌봄(단일)’순으로 만족도가 높아지는 것으로 검증되었다. 마지막으로 친구 및 지역사회와의 관계 만족도의 경우 ‘비공식 돌봄+장기요양보험(혼합)’ 대비 ‘비공식 돌봄(단일)’의 만족도가 높았으며 ‘비공식 돌봄+ 노인돌봄(혼합)’ 대비 ‘비공식 돌봄(단일)’의 만족도가 유의하게 높게 나타났다. ‘비공식 돌봄+장기요양보험(혼합)’ 과 ‘비공식 돌봄+노인돌봄(혼합)’간의 유의한 차이는 나타나지 않았다.

표 17 돌봄 유형별 삶의 만족도 수준 차이

종속변수		집단	표본수	평균(SD)	F(p)	Games-Howell
삶의 만족도	건강 상태	비공식돌봄(단일) (a)	1318	2.3(0.9)	31.874 (<.001)	a>b
		+장기요양보험(혼합) (b)	172	1.7(0.7)		
		+노인돌봄(혼합) (c)	36	2(0.9)		
		전체	1526	2.2(0.9)		
	경제 상태	비공식돌봄(단일) (a)	1318	2.7(0.9)	4.591 -0.01	a>b
		+장기요양보험(혼합) (b)	172	2.5(0.9)		
		+노인돌봄(혼합) (c)	36	2.5(1.1)		
		전체	1526	2.7(0.9)		
	배우자와의 관계	비공식돌봄(단일) (a)	681	3.7(0.7)	8.484 (<.001)	-
		+장기요양보험(혼합) (b)	82	3.7(0.9)		
		+노인돌봄(혼합) (c)	12	2.8(1.2)		
		전체	775	3.6(0.7)		
	자녀와의 관계	비공식돌봄(단일) (a)	1298	3.8(0.7)	11.083 (<.001)	a>b>c
		+장기요양보험(혼합) (b)	169	3.9(0.7)		
		+노인돌봄(혼합) (c)	33	3.2(1.1)		
		전체	1500	3.8(0.7)		
	사회/여가/문화 활동	비공식돌봄(단일) (a)	1318	2.9(0.9)	15.126 (<.001)	a>b
		+장기요양보험(혼합) (b)	172	2.5(1.0)		
		+노인돌봄(혼합) (c)	36	2.6(1.0)		
		전체	1526	2.8(0.9)		
	친구 및 지역 사회 관계	비공식돌봄(단일) (a)	1318	3.2(0.9)	19.91 (<.001)	a>b,c
		+장기요양보험(혼합) (b)	172	2.7(1.1)		
		+노인돌봄(혼합) (c)	36	2.8(0.8)		
		전체	1526	3.1(0.9)		

제 3 절 주요 변수 간 상관분석

연구모형 분석을 실시하기 전 본 연구에서 주요 변수인 도구적일상생활수행능력, 돌봄 유형, 영역별 삶의 만족도(건강상태, 경제상태, 배우자와의 관계, 자녀와의 관계, 사회/여가/문화, 친구 및 지역사회와의 관계)간의 관계성을 살펴보고자 <표18>와 같이 이변량 상관관계분석을 실시하였다. 상관계수 모두 0.8 이하로 나타나 다중공선성 문제는 없는 것으로 판단하였다.

독립변수인 도구적일상생활수행능력(K-IADL)은 자녀와의 관계 만족도를 제외한 종속변수 모두와 유의한 상관관계를 보였다. 돌봄 유형 중에서는 혼합 돌봄(+장기요양보험)과 유의한 상관관계를 보였다. 혼합 돌봄(+장기요양보험)($r=.489$), 건강상태만족도($r=-.307$), 경제상태만족도($r=-.111$), 배우자와의 관계만족도($r=.105$), 사회/여가/문화 만족도($r=-.305$), 친구 및 지역사회와의 관계 만족도($r=-.324$)와 $p<.001$ 수준에서 유의한 관계를 가지고 있다. 조절변수인 혼합 돌봄(+장기요양보험)은 건강상태만족도($r=-.196$), 경제상태만족도($r=-.073$), 자녀와의 관계 만족도($r=.058$), 사회/여가/문화 만족도($r=-.129$), 친구 및 지역사회와의 관계 만족도($r=-.147$)와 $p<.05$ 수준에서 유의한 관계가 나타났다. 혼합 돌봄(+노인돌봄)은 배우자와의 관계만족도($r=-.147$), 자녀와의 관계 만족도($r=-.109$), 친구 및 지역사회와의 관계 만족도($r=-.055$)와는 $p<.05$ 수준에서 유의한 관계를 보였다.

이를 종합할 때, 기능저하가 심할수록 건강상태, 경제상태, 사회/여가/문화, 친구 및 지역사회와의 관계 만족도는 낮아지는 것을 알 수 있다. 반면 기능저하가 심할수록 배우자와의 관계 만족도는 상승하며 자녀와의 관계만족도는 감소하지만 유의하지는 않는 것을 알 수 있다.

표 18 상관분석 결과

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
성별	1																	
만연령	.065	1																
교육수준	-.410	-.182	1															
독거여부	.178	.117	-.134	1														
거주 지역	-.045	-.027	.214	-.038	1													
ln가구소득	.025	-.027	.118	-.490	.116	1												
인지기능	.219	.313	-.425	.076	-.171	-.068	1											
우울여부	-.028	.054	.000	.083	.064	-.144	.021	1										
만성질환 수	.076	-.087	.071	.093	.092	-.017	-.111	.183	1									
K-IADL	-.116	.245	.111	-.115	.036	.051	.187	.241	.056	1								
혼합(장기요양)	-.006	.149	.086	-.026	.025	.037	.069	.131	.075	.489	1							
혼합(노인돌봄)	.030	.013	-.019	.081	.005	-.053	.000	.035	-.018	.043	-.065	1						
건강상태	.024	.100	-.118	-.028	-.078	.092	.026	-.351	-.339	-.307	-.196	-.032	1					
경제상태	.037	.070	.033	.018	-.099	.255	-.008	-.261	-.141	-.111	-.073	-.021	.352	1				
배우자와의 관계	-.148	-.055	.094	-.018	-.039	.057	.009	-.124	.013	.105	.011	-.147	-.015	.226	1			
자녀와의 관계	.055	.003	.067	-.033	-.035	.160	-.023	-.229	-.069	-.009	.058	-.109	.131	.369	.310	1		
사회/여가/문화활동	.108	-.009	-.046	.088	-.105	.048	-.068	-.315	-.036	-.305	-.129	-.047	.324	.301	.070	.242	1	
친구 및 지역사회	.138	-.068	-.117	.105	-.165	.008	-.095	-.269	-.018	-.324	-.147	-.055	.274	.225	.053	.211	.684	1

음영: $p < .05$ 에서 유의함

제 4 절 연구모형 검증

1. 건강상태만족도

도구적일상생활수행능력(K-IADL)과 건강상태만족도 간 돌봄 유형 조절효과를 검증하기 위해 다중회귀분석을 실시하였으며 결과는 <표19>와 같다. 회귀모형은 통계적으로 유의하게 나타났다($F=43.650$, $p<.001$). 각 모형에 대한 설명력은 약 28.3%로 나타났다($R^2=.289$, $\text{adj}R^2=.283$). 더미변수인 조절변수와 상호작용변수를 제외한 변수들의 분산팽창지수(VIF) 모두 10 미만으로 나타나 다중공선성 문제는 없었다.

회귀계수의 유의성 검증 결과 만연령($\beta=.171$, $p<.001$), 교육수준($\beta=-.065$, $p<.05$), 연가구소득($\beta=.083$, $p=.001$), 우울여부($\beta=-.234$, $p<.001$), 만성질환수($\beta=-.248$, $p<.001$)가 건강상태만족도에 유의한 영향력을 미치는 것을 나타났다. 이는 만연령과 연가구소득은 증가할수록 건강상태만족도가 높아지며 교육수준, 만성질환 수가 높을수록 우울할수록 건강상태만족도가 유의하게 감소하는 것을 의미한다.

독립변수인 도구적일상생활수행능력(K-IADL)($\beta=-.266$, $p<.001$)은 건강상태만족도에 유의한 부(-)적 영향을 미치는 것으로 도출되어 기능저하가 심할수록 건강상태만족도가 감소하는 것을 확인하였다. 조절변수인 혼합 돌봄(장기요양) ($\beta=-.323$, $p<.05$) 또한 건강상태만족도와 유의한 부(-)적 관계에 있는 것으로 나타났다. 이는 기준변수인 비공식 돌봄만 수급하는 것과 대비하여 비공식 돌봄과 장기요양보험서비스를 수급할수록 건강상태만족도가 낮아지는 것을 의미한다.

비공식 돌봄*혼합 돌봄(장기요양) 상호작용항은 통계적으로 유의미한 것으로 도출되었다($\beta=.280$, $p<.05$). 독립변수인 도구적일상생활수행능력(K-IADL)의 회귀계수와 상호작용항(비공식 돌봄*혼합 돌봄(장기요양))의 부호가 다르므로 기능이 저하될수록 건강상태 만족도가 감소하는 정도를 혼합 돌봄(장기요양)이 완화하는 것을 알 수 있다.

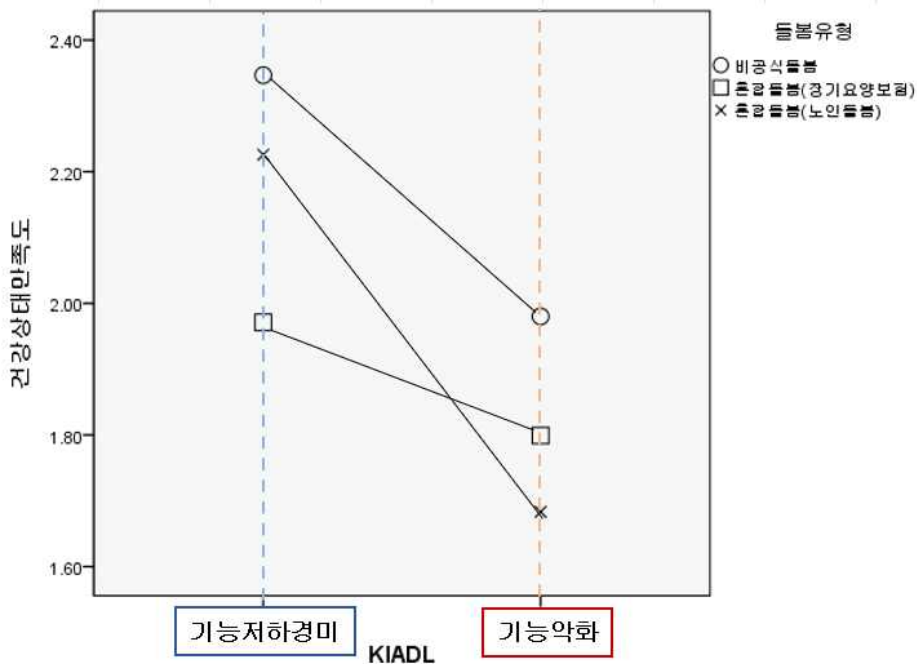
표 19 K-IADL과 건강상태만족도간 돌봄 유형 조절효과 검증

구분		B	S.E.	β	t	p	VIF
통제 변수	(상수)	1.646	.360		4.571	.000	
	성별	-.053	.050	-.026	-1.049	.295	1.296
	만연령	.022	.003	.171	7.098	.000	1.229
	교육수준	-.075	.031	-.065	-2.425	.015	1.508
	ln(연가구소득)	.109	.034	.083	3.211	.001	1.428
	독거여부	.040	.061	.017	.646	.518	1.479
	거주 지역	-.024	.045	-.012	-.533	.594	1.091
	인지기능	-.004	.005	-.018	-.699	.484	1.417
	우울여부	-.440	.043	-.234	-10.147	.000	1.127
	만성질환 수	-.120	.011	-.248	-10.892	.000	1.099
독립 변수	K-IADL(A)	-.073	.008	-.266	-9.064	.000	1.825
조절 변수	비공식돌봄(=ref.)						
	혼합돌봄(장기요양)(B)	-.948	.330	-.323	-2.869	.004	26.740
	혼합돌봄(노인돌봄)(C)	.597	.699	.096	.853	.394	26.634
상호 작용항	A*B	.043	.018	.280	2.390	.017	29.053
	A*C	-.044	.043	-.117	-1.037	.300	26.802
R^2		.289					
adj R^2		.283					
F		43.650(p<.001)					

기능저하가 건강상태만족도에 미치는 부(-)적 영향에 대한 돌봄 유형 조절 효과를 <그림11>에 그래프로 표현했다. 기능저하가 경미할 때의 각 돌봄 유형의 건강만족도 절대값을 보았을 때 혼합 돌봄(장기요양), 혼합 돌봄(노인돌봄), 비공식 돌봄(단일) 순으로 높은 것을 알 수 있다. 기능이 양호한 노인이 비공식 돌봄을 받는 경우가 높으며 기능이 악화될수록 전문적 돌봄을 요하는 선행연구와 일치한다. 노인돌봄서비스의 경우 비공식 돌봄을 받지 못할 사정이 있거나 경제적으로 어려움을 호소하는 경우 수급하는 경우가 높아 절대값이 비공식 돌봄(단일)과 혼합 돌봄(장기요양) 사이에 위치하는 것으로 추론할 수 있다.

혼합 돌봄(장기요양)의 경우 기능저하와 건강상태만족도의 부(-)적 관계를 완화시키는 조절효과가 있어 그래프의 기울기가 완만해지는 것을 볼 수 있다. 이에 기능악화상태의 절대값을 보면 혼합 돌봄(노인돌봄), 혼합 돌봄(장기요양), 비공식 돌봄(단일) 순으로 건강상태만족도가 높아진 것을 확인할 수 있다.

그림 11 건강상태만족도: 상호작용효과 조절그래프



2. 경제상태만족도

도구적일상생활수행능력(K-IADL)과 경제상태만족도간 돌봄 유형 조절효과 검증을 위해 다중회귀분석을 실시하였으며 결과는 <표20>와 같다. 회귀모형은 통계적으로 유의하게 나타났다($F=24.342$, $p<.001$). 각 모형에 대한 설명력은 약 17.7%로 나타났다($R^2=.185$, $\text{adj}R^2=.177$). 더미변수인 조절변수와 상호작용변수를 제외한 변수들의 분산팽창지수(VIF) 모두 10 미만으로 나타나 다중공선성 문제는 없었다.

회귀계수의 유의성 검증 결과 만연령($\beta=.109$, $p<.001$), 교육수준($\beta=.076$, $p<.05$), 연가구소득($\beta=.338$, $p<.001$), 독거여부($\beta=.201$, $p<.001$), 거주 지역($\beta=-.117$, $p<.001$), 우울여부($\beta=-.188$, $p<.001$), 만성질환 수($\beta=-.100$, $p<.001$)가 경제상태만족도에 유의한 영향력을 미치는 것을 나타났다. 이는 만연령, 교육수준, 연가구소득이 증가할수록 건강상태만족도가 높아지는 것을 의미한다. 또한 독거노인일수록 경제상태 만족도가 높아지며 도시에서 거주할수록 우울할수록 만성질환 수가 높을수록 경제상태만족도가 유의하게 감소하는 것을 의미한다.

독립변수인 도구적일상생활수행능력(K-IADL)($\beta=-.076$, $p<.05$)은 경제상태만족도에 유의한 부(-)적 영향을 미치는 것으로 도출되어 기능저하가 심할수록 경제상태만족도가 유의하게 감소하는 것을 확인하였다. 조절변수인 돌봄 유형과 상호작용항에서는 유의성을 발견하지 못해 비공식 돌봄과 공식 돌봄 모두 노인의 경제생활만족도에 영향을 미치지 못하고 있다는 것을 알 수 있다.

표 20 K-IADL과 경제상태만족도간 돌봄 유형 조절효과 검증

구분		B	S.E.	β	t	p	VIF
	(상수)	-1.004	.362		-2.773	.006	
통제 변수	성별	.029	.051	.015	.581	.561	1.296
	만연령	.013	.003	.109	4.214	.000	1.229
	교육수준	.082	.031	.076	2.645	.008	1.508
	ln(연가구소득)	.415	.034	.338	12.156	.000	1.428
	독거여부	.438	.062	.201	7.092	.000	1.479
	거주 지역	-.216	.045	-.117	-4.798	.000	1.091
	인지기능	-.004	.005	-.021	-.750	.453	1.417
	우울여부	-.332	.044	-.188	-7.619	.000	1.127
	만성질환 수	-.045	.011	-.100	-4.089	.000	1.099
독립 변수	K-IADL(A)	-.019	.008	-.076	-2.410	.016	1.825
조절 변수	비공식돌봄(=ref.)						
	혼합돌봄(장기요양)(B)	-.425	.332	-.154	-1.279	.201	26.740
	혼합돌봄(노인돌봄)(C)	-1.192	.703	-.204	-1.695	.090	26.634
상호 작용항	A*B	.019	.018	.135	1.074	.283	29.053
	A*C	.070	.043	.197	1.630	.103	26.802
R^2		.185					
adj R^2		.177					
F		24.342(p<.001)					

3. 배우자와의 관계 만족도

도구적일상생활수행능력(K-IADL)과 배우자와의 관계 만족도 간 돌봄 유형 조절효과 검증을 위해 다중회귀분석을 실시하였으며 결과는 <표21>와 같다. 회귀모형은 통계적으로 유의하게 나타났다($F=6.869$, $p<.001$). 각 모형에 대한 설명력은 약 9.7%로 나타났다($R^2=.113$, $\text{adj}R^2=.97$). 더미변수인 조절변수와 상호작용변수를 제외한 변수들의 분산팽창지수(VIF) 모두 10 미만으로 나타나 다중공선성 문제는 없었다.

회귀계수의 유의성 검증 결과 성별($\beta=-.161$, $p<.001$), 만연령($\beta=-.099$, $p<.001$), 우울여부($\beta=-.162$, $p<.001$)가 배우자와의 관계 만족도에 유의한 영향력을 미치는 것을 나타났다. 이는 여성일수록 만연령이 증가할수록 우울할수록 배우자와의 관계 만족도가 유의하게 감소하는 것을 의미한다.

독립변수인 도구적일상생활수행능력(K-IADL)($\beta=.112$, $p<.05$)은 배우자와의 관계 만족도에 유의한 정(+)적 영향을 미치는 것으로 도출되어 기능저하가 심할수록 배우자와의 관계 만족도가 오히려 증가하는 것을 확인하였다.

조절변수인 혼합 돌봄(장기요양보험) ($\beta=-.453$, $p<.05$)은 배우자와의 관계 만족도와 유의한 부(-)적 관계에 있는 것으로 나타났다. 이는 기준변수인 비공식 돌봄만 수급하는 것과 대비하여 비공식 돌봄과 장기요양보험서비스를 수급할수록 배우자와의 관계 만족도가 감소하는 것을 의미한다.

비공식 돌봄*혼합 돌봄(장기요양) ($\beta=.458$, $p<.05$) 및 비공식 돌봄*혼합 돌봄(노인돌봄) ($\beta=-.549$, $p<.05$) 상호작용항은 통계적으로 유의미한 것으로 도출되었다. 따라서 장기요양보험서비스를 추가로 수급할수록 배우자와의 관계 만족도의 증가폭을 확대하는 것을 알 수 있으며 노인돌봄서비스를 추가로 수급할 때에는 기능저하에 따른 배우자와의 관계 만족도의 증가폭을 축소하는 것을 알 수 있다.

표 21 K-IADL과 배우자와의 관계 만족도간 돌봄 유형 조절효과 검증

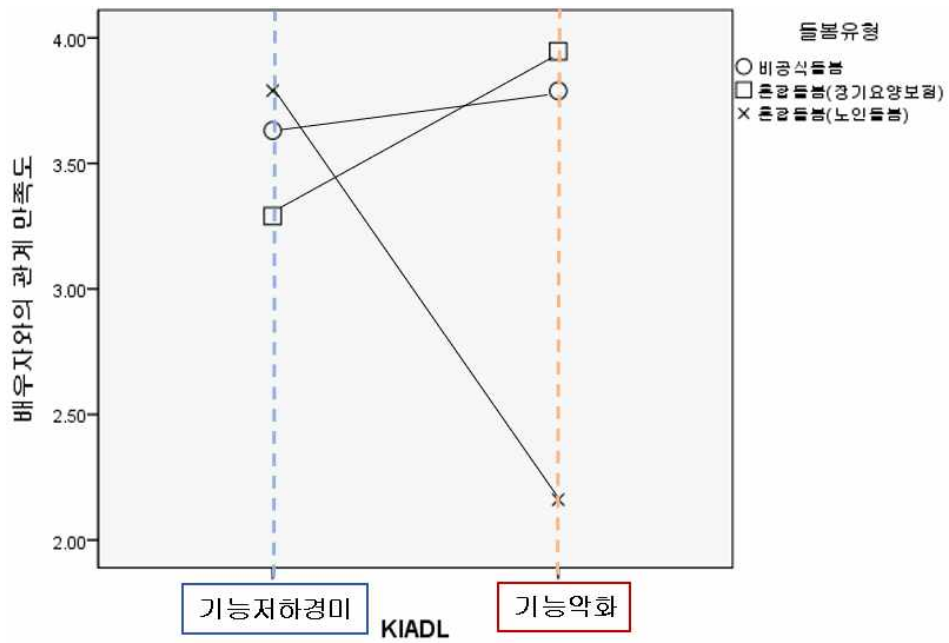
구분		B	S.E.	β	t	p	VIF
통제 변수	(상수)	3.989	.522		7.638	.000	
	성별	-.242	.057	-.161	-4.211	.000	1.238
	만연령	-.011	.004	-.099	-2.619	.009	1.203
	교육수준	.026	.037	.029	.703	.483	1.409
	ln(연가구소득)	.065	.047	.051	1.396	.163	1.115
	독거여부	-.703	1.210	-.020	-.581	.562	1.003
	거주 지역	-.083	.059	-.052	-1.414	.158	1.150
	인지기능	.006	.007	.033	.860	.390	1.256
	우울여부	-.246	.055	-.162	-4.454	.000	1.120
	만성질환 수	.023	.014	.059	1.662	.097	1.086
독립 변수	K-IADL(A)	.025	.010	.112	2.385	.017	1.870
조절 변수	비공식돌봄(=ref.)						
	혼합돌봄(장기요양)(B)	-1.103	.410	-.453	-2.687	.007	24.087
	혼합돌봄(노인돌봄)(C)	2.447	1.375	.393	1.780	.076	41.254
상호 작용항	A*B	.058	.022	.458	2.592	.010	26.517
	A*C	-.206	.083	-.549	-2.483	.013	41.419
R^2		.113					
adj R^2		.097					
F		6.869(p<.001)					

기능저하가 배우자와의 관계 만족도에 미치는 정(+)적 영향에 대한 돌봄 유형 조절효과를 <그림12>에 그래프로 표현했다. 기능저하가 경미할 때의 각 돌봄 유형의 배우자와의 관계 만족도 절대값을 보면 혼합 돌봄(장기요양), 비공식 돌봄(단일), 혼합 돌봄(노인돌봄) 순으로 높은 것을 볼 수 있다. 장기요양보험서비스의 경우 기능 상태를 사정하여 수급여부를 결정하기 때문에 비공식 돌봄만 받는 것에 비해서 기능상태 악화가 심하여 만족도가 낮은 것으로 추론할 수 있다. 그리고 노인돌봄서비스의 경우 기능상태 보다는 경제적 여건에 따라 수급여부가 결정되기 때문에 기능악화가 경미할 때 세 돌봄 유형 중 가장 만족도가 높을 것으로 추론할 수 있다.

그리고 기능이 악화되면서 혼합 돌봄(노인돌봄)의 만족도가 급격히 저하되는데 이를 통해 노인돌봄서비스가 기능상태가 악화에 적합한 서비스를 제공하지 못하는 것을 알 수 있다. 노인돌봄서비스는 단기가사서비스와 같이 기능이 경미한 노인에 대한 지지에 적합한 서비스를 제공하고 있는데 노인의 욕구를 충족할 수 있는 전문적 간병 서비스 제공을 통해 기능이 악화된 시기에도 적절한 지원이 가능하도록 해야 할 것이다. 그리고 혼합 돌봄(노인돌봄)의 경우 여성의 비율이 4배 이상 높으며 고령이고 소득이 낮고 독거이며 교육수준이 낮은 경우 수급하고 있는 것을 고려했을 때 일상생활이 어려운 빈곤여성노인에 대한 돌봄 공백의 위험을 시사 한다고 볼 수 있다.

반면, 혼합 돌봄(장기요양)의 경우 기능저하와 배우자와의 관계 만족도의 정(+)적 관계를 증가시키는 조절효과가 있어 그래프의 기울기가 정(+)의 방향으로 가팔라지는 것을 볼 수 있다. 기능악화 시 절대값을 보면 비공식 돌봄(단일) 혼합 돌봄(노인돌봄), 혼합 돌봄(장기요양보험)순으로 배우자와의 관계 만족도가 높아진 것을 확인할 수 있다. 따라서 장기요양보험의 경우 기능저하에 따라 배우자와의 관계에서 발생하는 노인의 욕구를 적절히 반영하여 충족하는 것을 알 수 있다.

그림 12 배우자와의 관계 만족도: 상호작용효과 조절그래프



4. 자녀와의 관계 만족도

도구적일상생활수행능력(K-IADL)과 자녀와의 관계 만족도 간 돌봄 유형 조절효과 검증을 위해 다중회귀분석을 실시하였으며 결과는 <표22>와 같다. 회귀모형은 통계적으로 유의하게 나타났다($F=12.048$, $p<.001$). 각 모형에 대한 설명력은 약 0.9%로 나타났다($R^2=.103$, $\text{adj}R^2=.094$). 더미변수인 조절변수와 상호작용변수를 제외한 변수들의 분산팽창지수(VIF) 모두 10 미만으로 나타나 다중공선성 문제는 없었다.

회귀계수의 유의성 검증 결과 성별($\beta=.084$, $p<.05$), 교육수준($\beta=.092$, $p<.05$), 연가구소득($\beta=.152$, $p<.001$), 독거여부($\beta=.067$, $p<.05$), 거주 지역($\beta=-.056$, $p<.05$), 우울여부($\beta=-.211$, $p<.001$)가 자녀와의 관계 만족도에 유의한 영향력을 미치는 것을 나타났다. 또한 농어촌에 거주할수록 우울할수록 자녀와의 관계 만족도가 유의하게 감소한다는 것을 의미한다.

독립변수인 도구적일상생활수행능력(K-IADL)($\beta=.041$, $p=.224$)은 자녀와의 관계 만족도에 정(+)적 영향을 미치나 유의하지 않다. 이 외 조절변수와 상호작용항 모두 통계적으로 유의미한 결과가 도출되지 않았다.

표 22 K-IADL과 자녀와의 관계 만족도간 돌봄 유형 조절효과 검증

구분		B	S.E.	β	t	p	VIF
	(상수)	2.254	.320		7.048	.000	
통제 변수	성별	.134	.045	.084	2.981	.003	1.310
	만연령	.001	.003	.014	.493	.622	1.238
	교육수준	.083	.027	.092	3.035	.002	1.516
	ln(연가구소득)	.156	.030	.152	5.192	.000	1.417
	독거여부	.123	.055	.067	2.251	.025	1.472
	거주 지역	-.086	.040	-.056	-2.180	.029	1.095
	인지기능	-.004	.004	-.025	-.849	.396	1.418
	우울여부	-.309	.038	-.211	-8.052	.000	1.127
	만성질환 수	-.019	.010	-.050	-1.949	.051	1.095
독립 변수	K-IADL(A)	.009	.007	.041	1.217	.224	1.837
조절 변수	비공식돌봄(=ref.)						
	혼합돌봄(장기요양)(B)	.413	.294	.179	1.405	.160	26.867
	혼합돌봄(노인돌봄)(C)	-.633	.625	-.128	-1.012	.312	26.518
상호 작용항	A*B	-.014	.016	-.120	-.897	.370	29.256
	A*C	.010	.038	.035	.273	.785	26.692
R ²		.103					
adjR ²		.094					
F		12.048(p<.001)					

5. 사회/여가/문화활동 만족도

도구적일상생활수행능력(K-IADL)과 사회/여가/문화활동 만족도 간 돌봄 유형 조절효과 검증을 위해 다중회귀분석을 실시하였으며 결과는 <표23>와 같다. 회귀모형은 통계적으로 유의하게 나타났다($F=24.431$, $p<.001$). 각 모형에 대한 설명력은 약 17.8%로 나타났다($R^2=.186$, $\text{adj}R^2=.178$). 더미변수인 조절변수와 상호작용변수를 제외한 변수들의 분산팽창지수(VIF) 모두 10 미만으로 나타나 다중공선성 문제는 없었다.

회귀계수의 유의성 검증 결과 성별($\beta=.68$, $p<.05$), 만연령($\beta=.076$, $p<.05$), 연가구소득($\beta=.77$, $p<.05$), 독거여부($\beta=.114$, $p<.001$), 거주 지역($\beta=-.085$, $p<.05$), 인지기능($\beta=-.068$, $p<.05$), 우울여부($\beta=-.257$, $p<.001$)가 사회/여가/문화활동 만족도에 유의한 영향력을 미치는 것을 나타났다. 이는 여성일수록 만연령이 증가할수록 연가구소득이 증가할수록 독거노인일수록 사회/여가/문화활동 관계 만족도가 유의하게 증가하며 도시에 거주할수록 인지기능이 낮을수록 우울할수록 사회/여가/문화활동 관계 만족도가 유의하게 감소하는 것을 의미한다.

독립변수인 도구적일상생활수행능력(K-IADL)($\beta=-.243$, $p<.001$)은 사회/여가/문화활동 만족도에 유의한 부(-)적 영향을 미치는 것으로 도출되어 기능 저하가 심할수록 사회/여가/문화활동 만족도가 감소하는 것을 확인하였다. 그리고 조절변수인 돌봄 유형과 상호작용항에서는 유의성을 발견하지 못해 비공식 돌봄과 공식 돌봄 모두 노인의 사회/여가/문화활동 만족도에 영향을 미치지 못하고 있다는 것을 알 수 있다.

표 23 K-IADL과 사회/여가/문화활동 만족도간 돌봄 유형 조절효과 검증

구분		B	S.E.	β	t	p	VIF
	(상수)	2.394	.383		6.250	.000	
통제 변수	성별	.138	.054	.068	2.573	.010	1.296
	만연령	.010	.003	.076	2.958	.003	1.229
	교육수준	.012	.033	.010	.353	.724	1.508
	ln(연가구소득)	.100	.036	.077	2.769	.006	1.428
	독거여부	.262	.065	.114	4.007	.000	1.479
	거주 지역	-.166	.048	-.085	-3.485	.001	1.091
	인지기능	-.014	.005	-.069	-2.505	.012	1.417
	우울여부	-.479	.046	-.257	-10.377	.000	1.127
	만성질환 수	.009	.012	.020	.805	.421	1.099
독립 변수	K-IADL(A)	-.066	.009	-.243	-7.716	.000	1.825
조절 변수	비공식돌봄(=ref.)						
	혼합돌봄(장기요양)(B)	-.558	.351	-.191	-1.587	.113	26.740
	혼합돌봄(노인돌봄)(C)	.222	.744	.036	.298	.766	26.634
상호 작용항	A*B	.030	.019	.198	1.576	.115	29.053
	A*C	-.023	.046	-.062	-.512	.609	26.802
R^2		.186					
adj R^2		.178					
F		24.431(p<.001)					

6. 친구 및 지역사회와의 관계 만족도

도구적일상생활수행능력(K-IADL)과 친구 및 지역사회와의 관계 만족도 간 돌봄 유형 조절효과 검증을 위해 다중회귀분석을 실시하였으며 결과는 <표24>와 같다. 회귀모형은 통계적으로 유의하게 나타났다($F=26.294$, $p<.001$). 각 모형에 대한 설명력은 약 18.9%로 나타났다($R^2=.189$, $\text{adj}R^2=.197$). 더미변수인 조절변수와 상호작용변수를 제외한 변수들의 분산팽창지수(VIF) 모두 10 미만으로 나타나 다중공선성 문제는 없었다.

회귀계수의 유의성 검증 결과 성별($\beta=.077$, $p<.05$), 교육수준($\beta=-.081$, $p<.05$), 독거여부($\beta=.112$, $p<.001$), 거주 지역($\beta=-.135$, $p<.001$), 인지기능($\beta=-.131$, $p<.001$), 우울여부($\beta=-.208$, $p<.001$)가 친구 및 지역사회와의 관계 만족도에 유의한 영향력을 미치는 것을 나타났다. 이는 남성일수록 교육수준이 증가할수록 비독거일수록 도시에 거주할수록 인지기능이 낮을수록 우울할수록 친구 및 지역사회와의 관계 만족도가 유의하게 감소하는 것을 의미하는 것을 의미한다.

독립변수인 도구적일상생활수행능력(K-IADL)($\beta=-.234$, $p<.001$)은 친구 및 지역사회와의 관계 만족도에 유의한 부(-)적 영향을 미치는 것으로 도출되어 기능저하가 심할수록 친구 및 지역사회와의 관계 만족도가 감소하는 것을 확인하였다. 조절변수인 돌봄 유형과 상호작용항에서는 유의성을 발견하지 못해 비공식 돌봄과 공식 돌봄 모두 노인의 친구 및 지역사회와의 관계 만족도에 유의미한 영향을 미치지 못하고 있다는 것을 알 수 있다.

표 24 K-IADL과 친구 지역사회와의 관계 만족도간 돌봄 유형 조절효과 검증

구분		B	S.E.	β	t	p	VIF
	(상수)	3.783	.384		9.847	.000	
통제 변수	성별	.157	.054	.077	2.912	.004	1.296
	만연령	.002	.003	.017	.645	.519	1.229
	교육수준	-.093	.033	-.081	-2.842	.005	1.508
	ln(연가구소득)	.066	.036	.051	1.830	.067	1.428
	독거여부	.262	.066	.112	3.997	.000	1.479
	거주 지역	-.268	.048	-.135	-5.604	.000	1.091
	인지기능	-.026	.005	-.131	-4.777	.000	1.417
	우울여부	-.391	.046	-.208	-8.461	.000	1.127
	만성질환 수	.012	.012	.025	1.042	.297	1.099
	K-IADL(A)	-.064	.009	-.234	-7.491	.000	1.825
독립 변수	비 공식돌봄(=ref.)						
	혼합돌봄(장기요양)(B)	-.579	.353	-.196	-1.642	.101	26.740
	혼합돌봄(노인돌봄)(C)	-.525	.746	-.084	-.703	.482	26.634
상호 작용항	A*B	.030	.019	.194	1.559	.119	29.053
	A*C	.017	.046	.046	.382	.702	26.802
R^2		.197					
adj R^2		.189					
F		26.294(p<.001)					

제 5 장 결 론

제 1 절 연구 결과 요약

본 연구는 노인의 돌봄 이용이 개별노인의 기능 상태와 선호를 반영하지 못한 돌봄 서비스 제도에서 기인한 불형평한 이용인지 개인의 선호가 반영된 선택인지를 노인의 기능저하와 영역별 삶의 만족도간 돌봄 유형의 조절효과 즉, 장애역설효과(Disability Paradox) 분석을 통해 확인하고자 하였다. 노인정책 서비스 이용 및 분석에 이용되는 Andersen (1995)의 행동모델(Behavioral Model: BM)을 사용하여 노인의 영역별 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인들을 선별하고 이를 통제하여 돌봄 유형에 따라 조절효과가 유의하게 나타나는지를 분석하고자 하였다. 연구가설 채택 여부는 <표25>와 같이 나타났으며 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 노인의 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 영역별 삶의 만족도에 미치는 영향 분석 결과, 건강상태만족도, 경제상태만족도, 사회/여가/문화활동 만족도, 친구 및 지역사회와의 관계 만족도와 유의한 부(-)적인 관계가 나타났다. 배우자와의 관계 만족도와는 유의한 정(+)적 관계가 나타났으며 자녀와의 관계 만족도와는 유의하지 않았다. 이에 따라 가설을 부분 채택 하였다.

선행연구에 따르면 노화에 따라 전반적 삶의 만족도가 감소하거나 U-shape로 나타난다고 하는 등 연구에 따라 결과가 상이하게 나타났다. 본 연구에서 돌봄을 받고 있는 노인의 삶의 영역별로 관계가 다르게 나타나 대다수의 선행연구들에서 전반적인 삶의 만족도만으로 노인의 삶을 분석하는 것이 바람직하지 않다는 것을 알 수 있었으며 Rudinger et al. (1990)이 시사회한 바와 같이 삶의 종합적 만족도 보다 영역별로 분석하는 것이 바람직하다는 것을 확인 할 수 있었다.

둘째, 선행연구에 따라 비공식 돌봄을 단일로 수급할 때에 비해 공식 돌봄을 추가로 수급한다면 돌봄의 불평등 현상을 보완하고 노화로 인한 기능저하에 대한 장애 수용을 촉진하여 노인의 전반적인 삶에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 가정하고 분석을 진행하였다. 그 결과 비공식 돌봄과 장기요양보험서비스를 함께 받는 경우 건강상태만족도와 배우자만족도에 부(-)적 관계가 유의하게 나타났고 나머지 영역 삶의 만족도와는 유의한 관계가 나타나지 않았다. 또한 혼합 돌봄(노인돌봄서비스)을 받는 경우 삶의 모든 영역 만족도와 유의한 관계가 확인되지 않았다. 이에 돌봄 유형과 영역별 삶의 만족도 간의 가설을 기각하였다.

종합해볼 때, 장기요양보험서비스와 노인돌봄서비스는 기능저하에 따라 증가하는 전문적 돌봄 욕구를 충족하지 못하는 것으로 추론할 수 있어 매개효과 발생가능성을 시사한다. 장기요양보험서비스의 경우 대상자와 돌봄 제공자에 대한 경제적 부담 완화를 위해 보다 저렴한 비용으로 서비스를 제공하고 있으며 Rudinger et al. (1990)과 Rojas (2006)가 가족관계 만족도가 전반적인 삶의 만족도를 설명하는데 주요 변수라고 한 것을 고려했을 때 경제상태 만족도와 자녀와의 관계 만족도는 노인돌봄서비스 분석에서 중요한 결과 변수다. 그러나 혼합 돌봄(장기요양보험서비스)과 배우자와의 관계만족도는 부(-)적인 관계로 나타났으며 경제상태만족도 및 자녀와의 관계 만족도와는 유의성이 나타나지 않았다. 또한 커뮤니티 케어 시행을 통해 노인과 활동 지역 간의 관계를 중요시하고 있는 만큼 신체적 돌봄에 국한되지 않고 돌봄 서비스 내용을 보다 확대하고 전문화하여 사회/여가/문화활동과 친구 및 지역사회와의 관계 만족도와의 관계를 보완할 필요가 있다.

셋째, 혼합 돌봄이 제공될 때 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 영역별 삶의 만족도에 미치는 부정적 영향이 완화하는 돌봄 유형에 따라 장애역설(Disability Paradox)현상이 나타날 것이라는 가정으로 조절효과 분석을 실시했다. 그 결과 비공식 돌봄과 장기요양보험을 함께 받는 경우 노인의 기능이 저하될수록 건강상태 만족도가 감소하는 정도를 유의하게 완화했으며 배우자와의 관계 만족도의 증가폭은 확대했다. 그리고 비공식 돌봄

과 노인돌봄서비스를 함께 받았을 때 배우자와의 관계 만족도의 증가폭을 유의하게 축소했다.

이를 통해 공식 돌봄 중 장기요양보험서비스는 노인의 건강에 대한 욕구와 배우자와의 관계에서의 욕구를 충족하는 서비스를 제공하고 있다는 것을 알 수 있다. 그리고 인지기능저하에 따른 돌봄 유형의 변화가 없다는 점을 보아 장기요양보험서비스의 내용은 노인의 도구적지지(instrumental support)에 집중하고 있다는 것을 알 수 있다. 이는 인지기능이 건강하지만 신체적으로 일상생활을 영위하는데 어려운 노인을 대상으로 한다는 것을 말한다.

그리고 신체적 돌봄이 배우자의 돌봄 부담감을 완화하여 배우자와의 관계 만족도를 더욱 증가시키는 것으로 해석할 수 있다. 석재은(2009)의 노인에 대한 돌봄 제공 주체가 다양해질수록 노인의 욕구가 충족되는 서비스가 제공이 되며 가족관계가 회복으로 이어진다는 결과를 바탕으로 해석을 하면 비공식 돌봄 제공자의 약 40%가 배우자인 것을 고려할 때 공식 돌봄의 개입이 배우자에게 온전히 의존하던 노인에게 선택권이 생기면서 삶의 만족도의 중요 요소인 주체성이 생기고 배우자의 돌봄 부담감을 완화하여 배우자와의 관계 개선으로 이어진 것이라고 볼 수 있다.

노인돌봄서비스의 경우 증가하는 배우자와의 관계 만족도를 오히려 악화시켜 개인의 욕구와 선호에 따른 형평한 이용이 삶의 어느 영역에서도 이루어지지 않고 있다는 것을 알 수 있었으며 이에 따라 돌봄 서비스 내용의 재정비가 필요할 것으로 보인다. 노인돌봄서비스 대상군은 다른 돌봄에 비해 여성의 비율이 4배 이상 높으며 고령이고 소득이 낮고 독거이며 교육수준이 낮은 경향을 볼 때 일상생활이 어려운 빈곤여성노인이 주로 수급하는 것을 알 수 있다. 선행연구에 따르면 노인돌봄서비스의 경우 전문성이 낮은 것으로 나타났는데 돌봄이 필요한 빈곤여성노인의 경우 전문적이고 지속적인 돌봄 욕구가 보다 높을 것으로 예상되어 본 연구의 결과는 이들에 대한 돌봄 공백의 위험이 있다는 것을 시사한다.

표 25 연구가설 검증결과

연구문제 및 연구 가설	채택 여부
<가설 1> 도구적일상생활능력(K-IADL)에 따른 기능저하 심할수록 영역별 삶의 만족도에 부(-)적 영향을 미칠 것이다.	부분 채택
<가설 2-1> 비공식 돌봄(단일)에 비해 비공식 돌봄+장기요양보험서비스(혼합)를 받을수록 영역별 삶의 만족도에 정(+)적인 영향을 미칠 것이다.	기각
<가설 2-1> 비공식 돌봄(단일)에 비해 비공식 돌봄+노인돌봄서비스(혼합)를 받을수록 영역별 삶의 만족도에 정(+)적인 영향을 미칠 것이다.	기각
<가설 3-1> 비공식 돌봄(단일)에 비해 비공식 돌봄+장기요양보험서비스(혼합)를 받을수록 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 영역별 삶의 만족도에 미치는 부(-)적 영향의 크기가 완화될 것이다.	부분 채택
<가설 3-2> 비공식 돌봄(단일)에 비해 비공식 돌봄+노인돌봄서비스(혼합)를 받을수록 도구적일상생활수행능력(K-IADL)에 따른 기능저하가 영역별 삶의 만족도에 미치는 부(-)적 영향의 크기가 완화될 것이다.	기각

제 2 절 연구 제언 및 한계점

본 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 노인돌봄관련 서비스 제공 내용을 확대하고 전문화할 필요가 있다. 돌봄 충분도 분석 시 비공식 돌봄(단일)에 비해 혼합 돌봄에서 2배 이상 돌봄이 부족하다고 느끼고 있었는데 이는 전용호(2018)가 시사한 바와 같이 기능저하에 적합한 전문적 돌봄 및 처치 부족으로 기인한 것임을 추론할 수 있다. 따라서 재가복지가 가능하도록 하는 수준의 간호처치 그리고 가사에 국한된 돌봄에서 넘어서 서비스 제공 내용을 확대하고 비공식 돌봄을 보완할 수 있는 전문적 역할을 수행할 필요가 있다.

둘째, 전문적인 돌봄 서비스 제공은 전문적인 돌봄 인력을 필요로 한다. 이에 비공식 돌봄 제공자와 공식 돌봄 제공자에 대한 교육과 지원이 필수적이다. 권현정 외. (2017)는 친밀감, 돌봄 제공자의 임금수준, 부가급여, 교육과 훈련이 돌봄 서비스 질을 향상시킨다고 했다. 이에 따라 공식 돌봄 노동자에 대한 처우 개선과 전문적 교육이 필요하다.

더불어 노인 돌봄에서 비공식 돌봄은 매우 중요하다. 돌봄의 강도가 심할수록 비공식 돌봄 제공자의 건강악화가 심해지고 건강문제나 우울증을 앓는 확률이 높아지며 이는 돌봄의 질이 낮추고 노인에 대한 학대 위험이 증가한다. 따라서 비공식 돌봄 노동자들에 대한 돌봄 교육, 심리적 상담 등의 지원이 필요하며 돌봄이 무조건 강요되지 않도록 의료진, 사회복지사 등이 면밀히 살필 필요가 있으며 돌봄 부담감을 적절히 완화할 수 있는 공식 돌봄 지원이 필요할 것이다.

셋째, 돌봄 서비스 질 향상을 위해서는 노인 본인의 돌봄 욕구에 대한 정확한 사정(assessment)과 자원 연계를 수행하는 사례 관리(case management), 그리고 영역 간 사례연계를 강화할 필요가 있다. 사례관리는 장기적이고 다양한 서비스가 제공되어야 하는 경우 대상자에 맞는 서비스를 조정하고 통합 연계하는 것을 일컫는다. 단순 서비스 연계도 필요하지만 우리나라의 경우 돌

봄 서비스가 분절적이라는 문제가 있는 만큼 맞춤형 서비스를 노인과 그 보호자가 스스로 찾아 연계를 요청하는 것이 아닌 전문 사례관리사가 도움이 필요한 대상자에 대한 사례관리를 실천해야한다. 현재 주로 사례관리는 공공기관, 지역사회, 병원 등에서 사회복지사가 하고 있으나 돌봄이 필요한 노인에 비해 전문사례관리사가 부족하다. 이에 대한 인력 양성이 필요하다.

그리고 복지욕구 뿐만 아니라 의료와 보건 영역 등에서 도움이 필요한 경우 다학제팀(의사, 간호사, 사회복지사, 재활치료사, 영양사 등)의 사례관리가 필요하며 팀 간의 사례연계가 필요하다. 예를 들어 퇴원 시 병원에서 주민센터 혹은 보건소로의 사례연계가 이루어질 수 있다. 이 때 의사는 마을의사에게, 간호사는 방문간호사에게, 의료사회복지사는 지역사회관리자에게 사례연계를 시행해야한다. 박금령 외. (2018)에 따르면 돌봄 서비스와 의료서비스는 대체 및 보완관계에 있다.

넷째, 부양의무자기준폐지를 통해 돌봄 사각지대에 있는 노인과 강요된 돌봄을 행하고 있는 비공식 돌봄을 파악하는 것이 필요하다. 부양의무는 생계급여와 의료급여를 받을 때 적용되는데 2019년 기준 부양의무자는 부모와 성인 자녀 및 그 배우자인 사위, 며느리(사망한 직계혈족의 배우자 제외)이며 부양의무자 가구 기준 중위소득 100%미만으로 정의한다. 부양의무자 1인 가구 기준 월 소득 167만원 미만 이면서 재산 약 2억 5천만 원 이하가 해당된다.

김승연(2020)에 따르면 서울시 빈곤가구로 파악된 84.9%가 부양의무자 기준을 초과하여 지원을 받지 못하는 것으로 나타난다고 한다. 2013년부터 서울시의 경우 부양의무자 기준을 완화하여 가구소득 452만 원 이하 재산 5억 원 이하로 설정했음에도 수급자는 증가하지 않았다고 한다. 노인에 대한 방임 및 학대 예방과 사회적으로 강요되어 신체적, 심리적, 경제적 부담감이 강화될 비공식 돌봄에 대한 공식 돌봄 개입이 필요하며 이를 위해서는 부양 의무자 기준 폐지가 필요하다.

마지막으로 본 연구는 다음과 같은 한계점이 있다. 첫째, 비공식 돌봄과 노인돌봄서비스 등의 공식 돌봄을 받은 표본수가 적다. 따라서 불균형한 패널데이터에 의해 연구 결과에 오차가 발생할 수 있다. 둘째, 노인돌봄서비스의 경

우 여러 하위 서비스를 포괄하여 개별 서비스의 효과를 알 수 없다. 셋째, 노인의 영역별 삶의 만족도에는 여러 변수가 영향을 주는데 변수 선정 과정에서 한정된 변수만을 포함하였다. 넷째, 본 연구에서는 도구적일상생활수행능력 척도를 점수화 하여 사용했으나 추후 세부 문항들을 요인분석을 통해 분류하여 일상생활수행능력 중에서도 어떤 요소가 유의한 영향을 주는지 분석할 수 있는 여지가 있다.

참 고 문 헌

- 강상경. (2012). 삶의 만족도와 관련요인의 세대 간 차이에 대한 탐색적 연구: 한국복지패널 자료를 이용한 베이비 붐 세대와 이전 및 이후 세대 간 비교. *사회복지연구*, 43(4), 91-119.
- 고길곤. (2014). 통계학의 이해와 활용. *고양: 문우사*.
- 고길곤, & 김대중. (2015). SPSS 를 이용한 통계학의 이해와 활용. *경기: 문우사*.
- 국민건강보험공단. (2018). (2018년 상반기)노인장기요양보험 주요통계 /국민건강보험공단 [편]. 원주 :국민건강보험공단
- 권현정, 조용운, & 고지영. (2011). 노인장기요양보험제도가 대상노인 및 부양가족의 삶의 질과 가족관계 만족도에 미치는 영향: 성향점수매칭과 이중차이 결합모형을 이용한 분석. *한국사회복지학*, 63(4), 301-326.
- 권현정, & 홍경준. (2017). 노인장기요양보험제도에서 요양보호사의 근로조건이 서비스 질에 미치는 효과에 관한 연구. *한국사회복지학*, 69(1), 33-57.
- 김보영. (2017). 지역사회서비스 10 년의 제도화와 보편화, 그리고 문재인 정부의 과제. *월간 복지동향*(227), 23-32.
- 김보영. (2019). 포용복지와 사회서비스 정책의 방향. *보건복지포럼*, 2019(12), 44-54.
- 김승연. (2020). 서울형 기초보장, 부양의무자 기준 폐지 없이 빈곤사각지대 문제해결도 없다(255), 26-31.
- 김주현. (2016). 한국여성 노인의 가족 돌봄과 생활만족도. *한국인구학*, 39(2), 49-70.
- 김희강. (2016). 돌봄국가: 복지국가의 새로운 지평. *정부학연구*, 22(1), 5-30.
- 김희강. (2018). 돌봄과 돌봄 없는 정치이론. *한국정치학회보*, 52(2), 203-224.
- 문현아, & 차승은. (2020). 가족의 노인 돌봄 경험과 딜레마. *가족과 문화*, 32, 102-131.

- 박금령, & 최병호. (2018). 노인의 미충족 돌봄과 미충족 의료에 대한 탐색적 연구. *보건사회연구*, 38(4), 40-56.
- 박세경. (2020). 사회서비스 정책의 전망과 과제. *보건복지포럼*, 2020(1), 49-65.
- 박자경. (2010). 사회적 지지와 장애인의 삶의 만족도 관계 분석: 장애수용 요인의 매개효과를 중심으로. *연구자료*, 279-306.
- 보건복지부. (2018a). 사회보장제도 「성인·노인 돌봄 분야」 기본평가.
- 보건복지부. (2018b). 「지역사회 통합 돌봄 기본계획(1단계 : 노인 커뮤니티케어)」.
- 보건복지부. (2019a). 2019년 노인보건복지사업 안내(지침).
- 보건복지부. (2019b). 제2차 사회보장기본계획.
- 석재은. (2009). 노인돌봄 공적재가서비스 이용에 따른 노인과 가족 간 관계 변화에 대한 사례연구. *가족과 문화*, 21(1), 29-61.
- 석재은. (2018). 돌봄정의 (Caring Justice) 개념구성과 한국 장기요양정책의 평가. *한국사회정책*, 25(2), 57-91.
- 석재은, 구본미, 권종희, & 장은진. (2010). 성공적 노화를 위한 선택, 적정화, 보완 (SOC) 모델의 이론적 고찰과 실천적 적용가능성에 관한 연구. *노인복지연구*, 48(1), 251-277.
- 선우덕. (2015). 노인의 기능상태·수발실태와 정책과제. *보건복지포럼*, 2015(5).
- 선우덕, 강은나, 이윤경, 김지미, 최인덕, & 양찬미. (2015). 노인돌봄 (케어) 서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축: 한국보건사회연구원.
- 손용진. (2018). 일상생활수행능력에 장애가 있는 노인의 우울증 조절여부에 관한 연구. *한국정책연구*, 18(3), 53-69.
- 신영민, & 김희강. (2019). 돌봄 관점에서 본 이중빈곤연구의 의의와 한계. *한국사회정책*, 26(1), 35-59.
- 신혜리, & 이민아. (2018). 노인장기요양보험 급여이용이 노년기 삶의 질에 미치는 영향. *사회과학논총*, 21(2), 99-124.
- 심수진. (2018). 노인의 삶의 만족도에 대한 기초연구. 통계개발원

- 양은진, & 김순은. (2019). 노인 돌봄 선호에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: Anderson 행동모형의 가능성요인을 중심으로. *노인복지연구*, 74(1), 61-90.
- 원시연. (2019). 「지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)」: 노인 커뮤니티케어의 과제 [Press release]
- 원장원, 양금열, 노용균, 김수영, 이은주, 윤종률, . . . 오정렬. (2002). 한국형 일상생활활동 측정도구 (K-ADL) 와 한국형 도구적 일상생활활동 측정도구 (K-IADL) 의 개발. *대한노인병학회지*, 6(1), 1-10.
- 이성은. (2012). 만성질환 노인의 주관적 건강상태와 생활만족도의 관계에서 경제활동참여의 조절효과. *정신건강과 사회복지*, 40(1), 234-262.
- 이승호, & 신유미. (2018). 공적돌봄과 가족돌봄의 종단적 관계: 재가 노인 돌봄을 중심으로. *한국노년학*, 38(4), 1035-1055.
- 이형권. (2016). 조절분석과 조절된 매개분석 및 매개된 조절분석의 오해와 진실. *관광연구*, 31(3), 213-248.
- 전용호. (2018). 노인 돌봄의 연속성 측면에서 바라본 의료·보건·복지 서비스의 이용과 연계. *보건사회연구*, 38(4), 10-39.
- 전해숙. (2017). 노인장기요양보험 효과에 대한 탐색적 분석: 한국복지패널 1 차부터 10 차 자료를 이용하여. *보건사회연구*, 37(1), 307-331.
- 정윤태, & 서재욱. (2016). 노인 돌봄 의식의 국제비교 연구: ISSP (2012) 의 37 개국을 중심으로. *노인복지연구*, 71(3), 335-357.
- 최준욱, 김우현, 최성은, 손병돈, & 노대명. (2020). 2019~ 2023 국가재정운용계획: 보건복지 분야 보고서. In: KIPF.
- 최희경. (2012). 배우자를 돌보는 남성노인에 관한 근거이론 연구: 돌봄의 구조와 유형을 중심으로. *가족과 문화*, 24(4), 45-81.
- 통계청. (2019). 고령자 통계. *대전: 통계청*.
- 한국노동연구원. (2014). *가사간병 종사자 고용개선 방안 연구*.
- 한수정. (2016). 노인장기요양보험제도가 대상자의 삶의 질에 미치는 영향. *한국복지패널 학술대회 논문집*, 9, 135-159.

- 함선유, & 홍백의. (2017). 공식 돌봄과 비공식 돌봄의 관계: 재가 노인 돌봄을 중심으로. *한국사회복지학*, 69(4), 203-225.
- 황도경, 이상영, 김대은, 여나금, 최지희, 김진호, & 이슬기. (2015). 의료급여수급자의 장기입원 실태조사 및 관리방안 연구.
- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977-988.
- Allison, P. (2012). When can you safely ignore multicollinearity. *Statistical horizons*, 5(1), 1-2.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Babitsch, B., Gohl, D., & Von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998 - 2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34.
- Beach, S. R., Schulz, R., Friedman, E. M., Rodakowski, J., Martzolf, R. G., & James III, A. E. (2020). Adverse consequences of unmet needs for care in high-need/high-cost older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(2), 459-470.
- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, L. S., Weiner, M. F., & Lance, C. E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 255-261.
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging and Mental Health*, 10(3), 257-264.

- Blomgren, J., Breeze, E., Koskinen, S., & Martikainen, P. (2012). Help from spouse and from children among older people with functional limitations: comparison of England and Finland. *Ageing & Society*, 32(6), 905–933.
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2019). The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review. *The Gerontologist*, 59(5), e629–e642.
- Burchardt, T., Evans, M., & Holder, H. (2015). Public Policy and Inequalities of Choice and Autonomy. *Social Policy & Administration*, 49(1), 44–67.
- Cantor, M. H. (1979). Neighbors and Friends: An Overlooked Resource in the Informal Support System. *Research on Aging*, 1(4), 434–463. doi:10.1177/016402757914002
- Chao, S.-F. (2012). Functional disability and psychological well-being in later life: Does source of support matter? *Aging & Mental Health*, 16(2), 236–244.
- Chappell, N., & Blandford, A. (1991). Informal and formal care: exploring the complementarity. *Ageing & Society*, 11(3), 299–317.
- Chon, Y. (2019). The effects of marketization of long-term care services for older adults in Korea. *Journal of Social Service Research*, 45(4), 507–519.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing.
- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British journal of sociology*, 51(2), 281–298.
- Engster, D. (2005). Rethinking care theory: The practice of caring and the obligation to care. *Hypatia*, 20(3), 50–74.

- Gobbens, R. J. (2018). Associations of ADL and IADL disability with physical and mental dimensions of quality of life in people aged 75 years and older. *PeerJ*, 6, e5425. doi:10.7717/peerj.5425
- Hsieh, C.-M. (2009). Health, quality of care and quality of life: A case of frail older adults. *Social Indicators Research*, 94(1), 61-73.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . van der Meer, J. W. (2011). How should we define health? *Bmj*, 343, d4163.
- Jang, S.-n., & Kawachi, I. (2019a). Care inequality: care received according to gender, marital status, and socioeconomic status among Korean older adults with disability. *International journal for equity in health*, 18(1), 105.
- Jang, S.-n., & Kawachi, I. (2019b). Why Do Older Korean Adults Respond Differently to Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living? A Differential Item Functioning Analysis. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 23(4), 197-203.
- Kerber, K. J., de Graft-Johnson, J. E., Bhutta, Z. A., Okong, P., Starrs, A., & Lawn, J. E. (2007). Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *The Lancet*, 370(9595), 1358-1369. doi:10.1016/s0140-6736(07)61578-5
- Kjær, A. A., & Siren, A. (2019). Formal and informal care: trajectories of home care use among Danish older adults. *Ageing & Society*, 1-24.
- Levasseur, M., Tribble, D. S.-C., & Desrosiers, J. (2009). Meaning of quality of life for older adults: importance of human functioning components. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(2), e91-e100.

- Malbon, E., Carey, G., & Meltzer, A. (2019). Personalisation schemes in social care: are they growing social and health inequalities? *BMC Public Health*, 19(1), 805.
- Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., & Maseda, A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of gerontology and geriatrics*, 50(3), 306-310.
- Motel-Klingebiel, A., Tesch-Roemer, C., & Von Kondratowitz, H.-J. (2005). Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing & Society*, 25(6), 863-882.
- Newsom, J. T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychol Aging*, 11(1), 34-44.
doi:10.1037/0882-7974.11.1.34
- Pacek, A., & Freeman, B. (2017). The Welfare State and Quality of Life: A Cross-National Analysis. In: Citeseer.
- Philibert, M., Pampalon, R., & Daniel, M. (2015). Conceptual and operational considerations in identifying socioenvironmental factors associated with disability among community-dwelling adults. *International journal of environmental research and public health*, 12(4), 3814-3834.
- Rojas, M. (2006). Life satisfaction and satisfaction in domains of life: Is it a simple relationship? *Journal of happiness studies*, 7(4), 467-497.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(4), 593-596.

- Rudinger, G., & Thomae, H. (1990). The Bonn Longitudinal Study of Aging: Coping, life adjustment, and life satisfaction. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 265–295.
- Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20(1), 32–44. doi:10.1177/0958928709352540
- Sato, S., Demura, S., Kobayashi, H., & Nagasawa, Y. (2002). The relationship and its change with aging between ADL and daily life satisfaction characteristics in independent Japanese elderly living at home. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 21(4), 195–204.
- Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's theory of access. *Journal of health services research & policy*, 21(1), 36–39.
- Schulz, R., Beach, S. R., Cook, T. B., Martire, L. M., Tomlinson, J. M., & Monin, J. K. (2012). Predictors and consequences of perceived lack of choice in becoming an informal caregiver. *Aging & Mental Health*, 16(6), 712–721.
- Sohn, M., O'Campo, P., Muntaner, C., Chung, H., & Choi, M. (2020). Has the long-term care insurance resolved disparities in mortality for older Koreans? examination of service type and income level. *Social Science & Medicine*, 247, 112812.
- Temkin-Greener, H., Bajorska, A., Peterson, D. R., Kunitz, S. J., Diane, G., Williams, T. F., & Mukamel, D. B. (2004). Social Support and Risk-Adjusted Mortality in a Frail Older Population. *Medical Care*, 42(8), 779–788.
- Tesch-Römer, C., & Wahl, H.-W. (2017). Toward a more comprehensive concept of successful aging: disability and care needs. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(2), 310–318.

- UN. (2002). Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. *Second World Asembly of Aging*.
- Vaarama, M. (2009). Care-related quality of life in old age. *European journal of ageing*, 6(2), 113-125.
- Wahl, H.-W. (2020). Aging Successfully: Possible in Principle? Possible for all? Desirable for all? *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 1-18.
- WHO. (2002). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF.
- WHO. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.
- WHO. (2019). *Decade of Healty Ageing 2020-2030*. Retrieved from
- Won, C. W., Rho, Y. G., SunWoo, D., & Lee, Y. S. (2002). The validity and reliability of Korean Instrumental Activities of Daily Living (K-IADL) scale. *Journal of the Korean Geriatrics Society*, 6(4), 273-280.
- Yang, Y. (2020). Characterising Long Term Care Needs among Chinese Older Adults with Cognitive Impairment or ADL Limitations. *Journal of cross-cultural gerontology*, 35(1), 35-47.

Abstract

The Effect of Instrumental Activities of Daily Living on Life Satisfaction among frail Korean older adults : Focusing on Moderating Effect between Informal and Mixed care

Kang Tae Kyoung

Dept. Public Administration, Public Policy

The Graduate School of Public Administration

Seoul National University

Provision of formal care based on the assessment of ones' preference and needs can reduce care inequality which leads to social isolation and even increases mortality. The study draws on disability paradox theory, presuming that experiencing fair and adequate elderly care in a form of social support will moderate the negative effect of frailty on life satisfaction. Specifically, the study examines moderating effects of Informal and Mixed care on the relationship between

Instrumental Activities of Daily Living adapted to Korean frail older adults(K-IADL) and six domains of Life Satisfaction(health, economic, relationship with spouse, relationship with children, social, relationship with friends/community).

Multiple regression analyses using SPSS ver.23 were conducted with the analytic sample of 1,712 older adults from the 2017 National Survey of Older Koreans. The variables were selected in accordance with the Andersen Behavioral Model. Following the previous study that suggested the hierarchical compensatory relationship between formal care and informal care in South Korea, the moderating variable 'care type' was converted into two dummy variables setting informal care as reference in this study: dummy variable 1, mixed care(informal care & long-term care); dummy variable 2, mixed care(informal care & elderly care mainly for living alone).

As to the relation between K-IADL and six domains of life satisfaction, analyses demonstrate that as difficulties in older adults' daily lives increased, life satisfaction in four domains(health, economic, social, relationship with friends and community) decreased whereas life satisfaction in the spouse domain increased. On the other hand, no significant relationship was found when it comes to life satisfaction in the children domain.

This study also confirms the disability paradox theory: mixed care(informal care & long-term care) significantly moderated the effects of K-IADL on life satisfaction in the domains regarding health and spouse. In addition, a significant negative moderating effect of mixed care(informal care & elderly care mainly for living alone) was found in the relationship with spouse owing to frailty. The results suggest that long-term care meets the needs of frail older adults in the health and spouse domains, whereas elderly care mainly for living

alone needs to implement the content of services suitable to needs of older adults.

keywords : Care inequality, inequitable access, Disability
Paradox, Informal care, Mixed care, Life Satisfaction
of older adults, IADL, Andersen Behavioral Model

Student Number : 2016-24345